FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1878 — N° 144

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 13 Avril 1878, à 1 h.

Par ALFRED MIGNON

DU
TRAITEMENT DES KYSTES DE L'OVAIRE
PAR LA VOIE VAGINALE

Président : M. LE FORT, *professeur.*

Juges : MM. GOSSELIN, *professeur.*
LEGROUX, LANCEREAUX *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31.

1878

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. VULPIAN.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	CHAUFFARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	TRELAT. GUYON.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	PARROT.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.). LASÈGUE. HARDY. POTAIN
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. BROCA. VERNEUIL.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ

Professeurs honoraires :

MM BOUILLAUD et baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ANGER.	CHANTREUIL.	FERNET.	MARCHAND.
BERGER.	CHARPENTIER.	GAY.	MONOD.
BERGERON.	DELENS.	GRANCHER.	OLLIVIER.
BOUCHARD.	DIEULAFOY.	HAYEM.	POZZI.
BOUCHARDAT.	DUGUET.	DE LANNESSAN.	RIGAL.
BOURGOIN.	DUVAL.	LANCEREAUX.	TERRIER
CADIAT.	FARABEUF.	LEGROUX.	

Agrégés libres chargés des cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. *N.*
— des maladies des enfants	*N.*
— d'ophthalmologie	N.
— des maladies des voies urinaires	*N.*
— des maladies syphilitiques	N.
Chef des travaux anatomiques	Marc SEE.

Le Secrétaire : A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les assertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Témoignage de ma reconnaissance

A MA MÈRE

Gage de mon affection

A MA SŒUR

A MON VIEIL AMI

ÉMILE BOUCHET

Externe des hôpitaux de Paris

A MES AMIS

A M. LE DOCTEUR G. NEPVEU

Ancien interne des hôpitaux de Paris
Chef de laboratoire de la Pitié
Membre de la Société anatomique, de la Société d'anthropologie et de la Société de biologie.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE.

M. LE DOCTEUR LÉON LE FORT

Professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris
Membre de l'Académie de médecine, etc.

DU

TRAITEMENT DES KYSTES DE L'OVAIRE

PAR LA VOIE VAGINALE

INTRODUCTION.

Depuis longtemps déjà nous avions choisi le sujet de notre thèse inaugurale. Sur les conseils de M. le Dr Nepveu, chef de laboratoire de l'hôpital de la Pitié, nous nous étions proposé d'analyser la valeur et les indications de toutes les opérations qui se sont faites et peuvent se faire par la voie vagino-péritonéale. Quoique ayant déjà réuni un assez grand nombre de documents, nous avions encore beaucoup de recherches à faire, lorsque l'autorité militaire nous fit savoir tout à coup que nous aurions à soutenir notre thèse dans le plus bref délai. Essayer même de rassembler toutes les notes que nous avions recueillies sur la question nous parut impossible. Nous résolûmes alors de présenter quelques considérations sur un seul des points

de notre premier programme. Nous avons préféré nous arrêter au traitement des kystes de l'ovaire. Outre que cette affection est une des plus intéressantes de la chirurgie, elle est aussi, selon nous, une de celles sur le traitement de laquelle on a le plus discuté. Nous prions nos juges de prendre en considération le peu de temps qui nous a été laissé pour élaborer les matériaux de notre travail, et nous réclamons leur bienveillance sur les imperfections qu'il pourra présenter, mais que plus de liberté nous eût permis de corriger.

On nous adressera peut-être une objection que nous avons déjà entendu faire à un de nos collègues par un de nos maîtres les plus distingués. On nous reprochera d'avoir choisi pour notre étude un sujet sur lequel il nous était difficile d'avoir quelque expérience. Nous comprendrions la valeur de cette objection, si nous n'avions conscience de la modestie du but que nous nous sommes proposé. Nous n'avons cherché à apporter aucune modification nouvelle dans le traitement des kystes de l'ovaire par le vagin. Nous avons simplement pris les faits tels que nous les avons trouvés dans les différents ouvrages ; nous les avons réunis ; et, après leur examen, nous avons noté quelles ont été les conditions antérieures à l'opération où celle-ci a le mieux réussi, quel est le procédé opératoire qui a donné le moins de revers, quels sont les accidents qui ont accompagné le plus souvent le processus de la guérison et quels modes de traitement ont permis au chirurgien de parer plus sûrement à toutes les complications. Une fois ces connaissances acquises, nous nous sommes permis de dire : dans telles conditions le chirurgien sera placé aussi favorablement que possible pour son opération, tel procédé opératoire lui donnera plus de succès ; il aura à redouter tels accidents et il pourra les prévenir par tels

moyens. Tout notre travail consiste donc dans une interprétation fidèle des observations disséminées dans la science. Nous n'avons rien avancé qui ne soit justifié par les faits. En un mot, nous ne présentons qu'une appréciation de l'ovariocentèse vaginale basée sur les résultats qu'elle a donnés ; nous avons, suivant l'expression de Cazeaux, jugé l'arbre par les fruits.

C'est avec plaisir que nous remercions M. le Dr Nepveu des conseils qu'il nous a donnés et de l'amabilité avec laquelle il a bien voulu mettre sa bibliothèque à notre disposition. Nous devons aussi des remerciements à nos collègues les Drs Sabatié, Joannet et Mickaniewski pour l'aide qu'ils nous ont apporté dans la traduction des ouvrages anglais et allemands.

S'il est permis de considérer comme l'indication de ressources dont l'homme de l'art peut disposer les modes de guérison que la nature a employés dans certaines affections, l'Ovariocentèse vaginale doit entrer dans la thérapeutique chirurgicale. Nous rappellerons en effet que la science renferme un certain nombre de cas où une guérison complète a suivi l'évacuation brusque et spontanée d'un kyste de l'ovaire par le vagin. Nous-même avons été témoin, il y a quelques années, d'un fait analogue chez une femme dont le médecin était sur le point de ponctionner la tumeur.

En faisant l'étude historique de l'ovariocentèse vaginale, on remarque qu'en France cette opération a été accueillie par les praticiens avec une défiance que n'explique peut-être pas l'analyse exacte des faits publiés jusqu'ici. C'est à peine si elle est mentionnée dans la plupart des

traités chirurgicaux. En Angleterre elle a été reçue un peu moins défavorablement, et les auteurs se sont donné la peine de discuter sa valeur. En Allemagne et surtout aux États-Unis, elle a conquis sa place dans le cadre de la médecine opératoire, et elle a été même placée par certains auteurs à la tête des moyens les plus sûrs pour arriver à la cure radicale des tumeurs enkystées de l'ovaire. Ici, comme ailleurs, il faut une juste mesure. Le traitement vaginal des kystes ovariques a ses succès et ses revers. Le pronostic de l'opération repose surtout sur le choix du mode d'intervention, sur le manuel opératoire et sur la bonne administration des soins consécutifs.

Tous les auteurs sont d'accord pour faire remonter à 1775 la première ponction d'un kyste de l'ovaire par le vagin et pour l'attribuer à Callisen (1). Ce chirurgien rapporte en effet : « Sic quoque cautam ponctionem per tumorem éminentem et fluctuantem in vagina cum successu institui. »

CHAPITRE I

EN FRANCE.

En France, la date de la première opération d'ovariocentèse vaginale est facile à déterminer. On trouve dans Sabatier (2) :

En 1778, Marcan, de Turin, écrivit au secrétaire de l'Académie de chirurgie une lettre dans laquelle il annonçait

(1) Systema chirurgiæ Hodiernœ, t. II, p. 59, 1775.
(2) Méd. op., t. II, p. 210.

avoir pratiqué trois paracentèses par le vagin. Une des malades vivait encore. Il demandait des éclaircissements sur cette manière d'opérer et sur les suites qu'elle pourrait avoir.

De tous les membres de l'Académie, Allan seul avait connaissance de cette opération.

Il rappela qu'en 1767 il avait lui-même présenté à la compagnie un mémoire où il recherchait si la paracentèse, exécutée de cette manière, ne réussirait pas mieux que lorsqu'on la pratique en divers points de la circonférence du ventre.

Vermandois (1) raconte qu'en 1803 un chirurgien, dont il tait le nom, ponctionna devant lui un kyste de l'ovaire à travers la paroi antérieure du vagin. La malade fut bientôt prise de péritonite, et mourut en l'espace de quelques heures. La nécropsie démontra que la vessie avait été traversée de part en part.

Un accident pareil a été rapporté par Boivin et Dugès.

En 1815, Delpech, (2) à qui l'on doit quelques considérations intéressantes sur l'hydropisie de l'ovaire, avoua, à propos d'un succès obtenu par le professeur A. Dubois, qu'il attribuait de très-sérieux avantages à la ponction vaginale et qu'il avait lui-même l'intention de la pratiquer.

P. Dubois (3) a opéré de cette façon une tumeur qui remplissait tout le ventre de la malade et qui remontait jusqu'à la face inférieure du foie. Il retira environ 20 litres d'une matière analogue à de la bouillie. Malheureusement la femme mourut un mois après, et l'autopsie révéla dans

(1) Thèse de Cazeaux, 1844.
(2) Journal gén. de méd., fév. 1815, t. 46, p. 230.
(3) Revue méd., 1838, p. 42.

la tumeur la présence de tubercules et de masses hydatiques.

Pelletan, (1) se trouvant en présence d'une tumeur située à la paroi du vagin et que Dupuytren regardait comme une hernie, l'incisa largement et démontra que c'était un kyste.

Stoltz, (2) en 1837, ponctionna, à l'aide d'un trocart de petit calibre, une tumeur enkystée de l'ovaire qui s'étendait jusqu'à l'ombilic, et occupait toute la région hypogastrique. Les parois du kyste, tant elles étaient épaisses ne purent revenir complètement sur elles-mêmes, et le kyste conservait encore un certain volume lorsque la malade sortit de l'hôpital.

Michon, (3) à l'hôpital Cochin, en 1839, reçut dans son service, une femme atteinte d'un kyste de l'ovaire qu'il résolut de vider par le vagin. A cet effet, il se servit d'un trocart courbe analogue à celui qu'on emploie pour la ponction de la vessie, et recueillit une très-grande quantité d'un liquide rougeâtre et un peu visqueux. Puis il crut devoir retirer la canule métallique pour la remplacer par une sonde en gomme élastique ; mais il dut bientôt se repentir de cette tentative ; car elle fut on ne peut plus laborieuse, le kyste étant en effet revenu sur lui-même et son orifice ne correspondant plus exactement à celui du vagin. Il finit enfin par arriver dans son intérieur, ce qu'il reconnut à l'écoulement qui se fit par la sonde. Mais le lendemain la sonde se trouvait obstruée par de la matière visqueuse et dut être changée de nouveau. Cette fois, il fut impossible d'en faire pénétrer une autre à sa place et d'arriver jusque dans l'intérieur du kyste. Il fallut réintroduire le trocart

(1) Gaz. méd., 1835, p. 544.
(2) Hirtz, thèse inaug., Strasbourg, 1841.
(3) Tavignot, Journal exp., nº 160, 1840.

par l'ouverture du vagin jusqu'au kyste lui-même. Malheureusement l'extrémité de la canule resta logée dans la cavité péritonéale. Une péritonite s'ensuivit qui emporta rapidement la malade. A l'autopsie, on trouva une dégénérescence squirrheuse des parois de la tumeur.

Dans la séance du 6 novembre 1840, Nonat (1) a communiqué à la Société médicale d'émulation un cas d'hydropisie de l'ovaire, pour lequel on avait pratiqué trois fois la ponction vaginale à l'aide d'un trocart. La dernière ponction fut suivie d'accidents graves de péritonite qu'on parvint à conjurer. Après chaque ponction le liquide se reproduisait. Nonat n'en accorde pas moins une très-grande supériorité à la paracentèse vaginale, comparativement à la paracentèse hypogastrique, dans le traitement de ces sortes de tumeur.

Il a répété une seconde fois la même opération chez une femme dont la tumeur faisait de rapides progrès et occupait une assez grande partie de la cavité abdominale. Il y eut encore récidive.

) fut appelé le 19 janvier 1840 près d'une femme qui était depuis dix heures en travail de son cinquième enfant. Il trouva une tumeur fluctuante placée entre le rectum et le vagin, assez grosse pour remplir l'excavation pelvienne et empêcher la descente du fœtus. La force et la fréquence des douleurs l'obligèrent à prendre un parti. Il ouvrit, à l'instant, avec une lancette la tumeur à travers le vagin. Il sortit environ une pinte d'un liquide huileux, et deux heures après la femme accoucha d'un enfant vivant, sans présenter le moindre accident.

(1) Journal exp., 1840.
(2) Id.

Neuman (1), dans un cas semblable, où le travail traînait en longueur, où le fœtus ne pouvait franchir le détroit supérieur, se conduisit comme Lever et obtint le même résultat.

Robert (2) a également tenté plusieurs fois cette opération et elle lui a toujours bien réussi.

M. Ricord (3) s'est très-bien trouvé une fois de la ponction vaginale. Il a guéri par elle une tumeur qui avait résisté à la ponction abdominale.

Nous devons à Tavignot (4) un résumé assez complet de l'état de la science à son époque sur les kystes de l'ovaire. C'est à lui que nous avons emprunté quelques-unes des observations précédentes. Il regarde notre procédé comme appelé à d'heureux résultats. C'est une opération aussi simple, dit-il, et aussi facile dans son exécution qu'elle semblerait devoir être efficace dans son résultat.

— Récamier (5) est, sans contredit, celui de tous les auteurs qui a le plus souvent pratiqué en France la ponction ou l'incision vaginale pour une tumeur fluctuante du bassin, et qui a le plus aidé à la propagation de cette méthode. Il a imaginé divers instruments qui peuvent rendre dans l'opération de grands services. Ce sont des trocarts plats, à courbure régulière ou à lames pointues, et en forme de lancette ou à tranchants obliques, tous instruments qui permettent au chirurgien de faire une petite incision qu'il peut agrandir à volonté.

Récamier, pour remédier au danger de transpercer un

(1) Hip. Bourdon, Des tumeurs fluctuantes du petit bassin, Revue méd., 1841.

(2) Id.

(3) Huguier, Bull. de l'Ac. de méd., 1856.

(4) Tavignot, loc. cit.

(5) Hip. Bourdon, loc. cit.

organe voisin, portait au fond du vagin l'extrémité d'un pharyngotome dont la pointe retirée dans sa gaîne ne pouvait occasionner aucune blessure. Dirigeant avec l'index l'introduction de l'instrument jusqu'au point le plus culminant de la tumeur, il en faisait saillir le tranchant, divisait avec précaution les parties molles, explorait en même temps les parties divisées avec le bout du doigt, et, quand il s'était assuré que le kyste était à découvert, il plongeait la pointe de l'instrument dans son épaisseur.

Dans d'autres circonstances, armé de son lithotome à pointes tranchantes, il l'introduisait avec les mêmes précautions jusque dans le kyste, pressait sur la bascule et agrandissait l'ouverture, ce qui lui permettait de placer immédiatement une canule ou une sonde de gomme élastique suivant l'indication.

— Hippolyte Bourdon (1), élève de Récamier, dans son *Mémoire sur les tumeurs fluctuantes du bassin,* a défendu vigoureusement l'ouverture de ces tumeurs par le vagin. « Jamais, dit-il, on ne doit donner issue au liquide à travers les parois du ventre sans avoir cherché soigneusement si la fluctuation se prononce dans le vagin, car alors il est préférable de pratiquer l'ouverture par ce canal, auquel correspond la partie la plus déclive de la tumeur et qui rend l'écoulement du liquide plus facile. Il recommande le procédé de Récamier et donne de nombreux conseils sur la question ; il engage surtout les chirurgiens à maintenir une canule dans les cavités kystiques et à employer les injections jusqu'à la disparition complète de la tumeur.

— Cazeaux (2) est moins enthousiaste de la ponction

(1) Loc. cit.
(2) Loc. cit.

vaginale, tout en reconnaissant qu'elle amène plus souvent la guérison que la ponction abdominale. Mais elle est susceptible d'exposer davantage la vie des malades et doit être réservée aux cas où le volume énorme de la tumeur compromet l'existence de la femme, où cette tumeur uniloculaire et à parois sans dégénérescence fait une forte saillie à la partie supérieure du vagin. Ce qu'il redoute, c'est l'épanchement du liquide dans le péritoine et le tissu cellulaire péri-utérin. Aussi n'est-il pas opposé à l'emploi de la canule à demeure ou de la sonde élastique et insiste-t-il surtout sur les soins consécutifs.

— Maisonneuve (1) nous dit que la ponction vaginale simple, tout en exposant à la lésion de la vessie et de l'utérus, peut trouver son indication à titre de palliatif dans des cas exceptionnels de tumeur peu volumineuse, engagée dans le bassin de manière à enrayer l'accouchement.

L'ovariocentèse prolongée (canule et injections) semble, selon lui, promettre des résultats moins déplorables que les mêmes procédés employés par la voie abdominale. Toutefois, il ajoute que le nombre des faits qu'il possède, suffisant pour enhardir les opérateurs à l'expérimenter, sont encore trop peu nombreux pour établir sur sa valeur un jugement définitif. Quant aux incisions vaginales, la science n'en possède qu'un trop petit nombre pour qu'il soit possible d'en rien conclure ; l'analogie cependant, permettant de supposer qu'elles doivent donner d'avantageux résultats.

— Dans la mémorable discussion de l'Académie de médecine (1856) sur les kystes de l'ovaire, Huguier (2) a véritablement entrepris l'apologie de l'ovariocentèse vaginale. Écoutons-le : Quant aux grands accidents qui sont

(1) Maisonneuve, Des opér. appliquées aux maladies de l'ovaire, 1850.
(2) Loc. cit.

purement opératoires, tels que piqûre du péritoine, épanchement de sang ou d'une partie du liquide kystique, rupture consécutive au point affaibli par le trocart dans la cavité péritonéale, on peut facilement les éviter en faisant la ponction par le vagin, ce que je fais toujours, à moins d'impossibilité absolue..... En attaquant le kyste par le vagin, vous l'ouvrez par sa partie inférieure ou déclive, et vous n'avez pas à craindre la stagnation et la décomposition dans le foyer du liquide qu'il produit. Si la plaie se convertit en fistule, le foyer se vide spontanément par elle. Si, plus tard, le kyste s'étant rempli vient à se rompre au point qui a été affaibli par le trocart, ce sera dans le vagin, et il se videra parfaitement au dehors. La ponction vaginale a encore pour avantage de moins exposer à la lésion des vaisseaux du kyste, qui arrivent à cette poche par sa partie externe..... Elle n'expose pas à faire adhérer le kyste à la paroi antérieure de l'abdomen, adhérence qui sous-tend les parois de la poche, s'oppose à leur rétraction et à leur retour dans la cavité pelvienne. Elle expose beaucoup moins à la péritonite. Je ne l'ai jamais vue suivie de cet accident, bien que je l'aie pratiquée un grand nombre de fois, soit pour des kystes, soit pour toute autre maladie. »

Huguier cite des faits à l'appui. C'est ainsi que la ponction lui a réussi en 1853 chez une dame qu'il a opérée avec un de ses internes, M. Binet. Il retira un litre de liquide opaque, épais, filant, coloré en brun clair. La guérison arriva sans fièvre, sans inflammation appréciable ; la tumeur ne reparut plus.

Une autre fois, chez une malade dont la vessie adhérente à la partie antérieure et inférieure du kyste ne pouvait revenir sur elle-même, il ponctionna d'abord le kyste par l'abdomen ; puis, après avoir reconnu, à l'aide

de deux doigts portés dans le vagin, que l'extrémité de la canule pouvait être sentie presque à nu à travers la paroi postérieure droite de ce conduit, il réintroduisit le poinçon et traversa la paroi vaginale. La canule lui servit alors à porter dans le kyste une sonde de gomme élastique.

Cet exemple démontre que la difficulté de cette opération ne peut pas arrêter un chirurgien habile et expérimenté.

Dans un cas où Huguier ne pouvait atteindre le kyste, à cause de la largeur de la vessie, il introduisit dans celle-ci un cathéter qu'il laissa à demeure pendant trois jours ; quand elle fut revenue sur elle-même, il tenta la ponction.

— M. Gros-Fillay (1) considère notre méthode comme plus dangereuse que le paracentèse abdominale, et il fait résider le danger dans la possibilité plus grande de blesser un viscère.

— Enfin, l'histoire française de l'ovariocentèse vaginale doit se terminer par la mention d'une observation de M. Tillaux (2), qui montre l'avantage que peut avoir dans certains cas, où l'on échoue une première fois, l'usage de la sonde à demeure.

Une femme de 36 ans, ayant eu un enfant, entre le 16 avril dans le service de M. Tillaux, à l'hôpital Saint-Antoine.

Le 22 avril, ponction par le vagin : issue de 3 litres de liquide de mauvaise nature. Injection iodée.

Le 20 mai, la tumeur a reparu.

Le 23. Ponction par le vagin. Il sort environ un demi-litre de pus. On laisse une sonde à demeure. Lavage à l'eau phéniquée. Guérison assez rapide.

(1) Thèse inaugurale, Paris, 1874.

(2) Gaz. hebd., 1873, p. 190.

La malade, revue par M. Tillaux plusieurs mois après, n'offre plus de tumeur et se porte très-bien.

En faisant appel à l'opinion de nos grands maîtres, nous voyons que Velpeau a parfois conseillé la ponction vaginale, que Sédillot a considéré cette méthode comme très-favorable à l'écoulement du liquide, mais qu'elle ne peut être, pour M. Lefort, qu'une opération très-exceptionnelle.

EN ALLEMAGNE.

En Allemagne, ce fut le Dr F. Henckel (1) qui, vers le milieu du siècle dernier, tenta pour la première fois l'ouverture d'un kyste de l'ovaire par le vagin. En même temps, il proposa l'usage de la canule à demeure. L'innovation apparut sous des auspices peu favorables. La malade mourut des suites de l'opération.

Aussi, cette méthode nouvelle resta-t-elle sans adepte jusqu'en 1836, c'est-a-dire un siècle plus tard, époque à laquelle le Dr Karl Schwabe, de Rucktedst (2), la renouvela chez une femme de 36 ans, dont la maladie avait déjà fait beaucoup de progrès.

— En 1844, se rencontre le Dr Hiwisch, qui remet en honneur le procédé de Henckel et de Schwabe, et qui, sans respect pour le passé, le décrit sous son propre nom et s'en fait le défenseur le plus zélé. « Mais pour être opéré ainsi, un kyste doit être simple, dit-il, et, de plus, de faibles dimensions. » Car une tumeur trop étendue amène, par la longueur de la suppuration, l'épuisement de la

(1) Amer. Journ. of obstetrics, 1869.

(2) Hufeland's Journ. fur prakt. Heilk, déc. 1841, p. 31.

malade, et il est difficile à un kyste composé de revenir sur lui-même. C'est pourquoi le chirurgien allemand conseille, pour s'assurer de l'absence de cloisonnement, de faire une ponction exploratrice.

La description du procédé opératoire de Kiwisch est publiée dans son *Klinische Vortraege uber spec. path. und Ther. der Krankh. des Weibl. Geschlechtes.* Il vide préalablement le rectum et la vessie, et, après avoir placé la malade dans la position de la lithotritie, il fait comprimer par un aide la région hypogastrique, tandis qu'un autre fixe les membres inférieurs et se dispose à recevoir le liquide. Il s'assure avec la sonde de la situation de l'utérus, et par le toucher détermine la position du rectum. Alors commence le premier temps de l'opération : Plaçant le doigt indicateur de la main droite sur la partie du vagin où la fluctuation est le plus manifeste et la saillie le plus considérable, il enfonce dans la tumeur, suivant la direction de l'axe du bassin, un long trocart courbé, et cela jusqu'à ce que la canule pénètre d'un demi-pouce dans la cavité du kyste ; il retire alors le trocart et laisse la canule en place, sans permettre au liquide de s'évacuer complétement. Kiwisch procède au second temps de son opération, à savoir à l'élargissement de l'orifice. Dans ce but, avant d'enlever la canule, il introduit dans son intérieur un conducteur métallique, long, sans manche et fait *ad hoc.* Sur ce conducteur, il fait glisser ensuite un bistouri long, étroit et muni d'un manche avec lequel il incise assez largement les parois du vagin et de la tumeur pour pouvoir faire pénétrer le doigt dans la cavité du kyste et se rendre compte de l'état de sa surface interne. Il termine en plaçant dans la poche kystique un tube à drainage dont il fixe l'extrémité externe à la vulve au moyen d'un bandage en T. Ce tube doit rester en place pendant toute

la durée de la suppuration et servir à faire plusieurs fois par jour des injections d'eau tiède.

Le nombre d'observations de Kiwisch est inconnu. Il certifie cependant une guérison qu'il a pu constater cinq mois après l'opération et il avoue avoir perdu une de ses malades de péritonite et de septicémie.

— Le professeur Langenbeck (1) a opéré le 1er novembre 1863 une femme de 28 ans qui souffrait depuis dix mois d'une hydropisie ovarienne et qui avait déjà été ponctionnée une fois. L'état général de la malade était excellent. Après la ponction vaginale, il s'écoula environ vingt livres d'un liquide verdâtre, opaque, albumineux. Dans les jours suivants, l'écoulement par le cathéter se réduisit à deux ou trois onces, Le quatrième et le cinquième jour, le liquide fut franchement purulent et l'on commença les injections d'eau tiède. Tout alla bien pendant les premières semaines ; mais, vers le début de la troisième, la malade perdit l'appétit, eut des nausées et des vomissements bilieux, ses forces diminuèrent et les secrétions devinrent fétides. Quelques injections de nitrate d'argent (1 gramme pour une once d'eau distillée) amenèrent une légère amélioration. Toutefois, au commencement de décembre, l'écoulement redevint purulent, jaunâtre, épais; et vers le six du même mois les vomissements revinrent, mais plus fréquents que la première fois, la patiente ne put garder ni médicaments ni nourriture, ses forces s'affaiblirent de plus en plus, le pouls monta à 112 et 116 pulsations, l'émaciation s'accentua ; enfin le collapsus apparut et la mort arriva le 13 décembre, six semaines après l'opération.

A la même époque, Langenbeck employa la même mé-

(1) The American Journ. of obst., 1869.

thode sur une malade de sa clientèle privée. L'issue ne fut pas plus favorable. Le résultat fatal fut amené par l'excessive décomposition du contenu du kyste et par l'absorption de la matière septique.

— Le Dr Crédé a fait la même opération dans trois occasions différentes. Deux de ses malades moururent dans des circonstances analogues à celles précédemment citées. Une seule fut sauvée.

— Le professeur Scanzoni (1), de Wurzburg, collègue et successeur de Kiwisch, s'est montré très-favorable à la ponction ovarico-vaginale. Il la croit capable de mener plus souvent à une guérison radicale que la ponction abdominale. Mais il veut avant tout que le kyste descende assez bas dans le bassin pour être accessible au toucher vaginal, qu'il soit uniloculaire et à parois peu épaisses, ce que démontre la fluctuation évidente que fait naître la percussion dans le vagin.

Scanzoni a employé un procédé opératoire un peu différent de celui de Kiwisch. Il se sert d'abord d'un trocart droit dont il laisse la canule dans la plaie ; et n'a recours à l'incision que si le contenu du kyste est trop épais pour s'écouler facilement. Dans ce cas, il agrandit l'ouverture avec un bistouri à large dos et muni d'un long manche qu'il introduit dans la canule et qu'il fait pénétrer d'environ 4 centimètres dans la cavité du kyste. Il retire alors la canule dans la direction du doigt resté dans le vagin, jusqu'à ce que l'extrémité du bistouri qui dépasse d'environ 4 centimètres l'extrémité de la canule se trouve dans l'ouverture pratiquée par le trocart ; puis il incise d'un côté ou de l'autre de façon à ce que la plaie présente une longueur de 2 centimètres et demi à 4 centimètres. Si le

(1) Maladies des organes sexuels de la femme, trad. fr., 1858.

liquide ne peut encore trouver une issue facile, il essaie de le diluer avec quelques injections d'eau tiède, faites avec beaucoup de précaution.

Scanzoni a fait en tout 23 ponctions :

14 fois la guérison a été complète.
5 fois le liquide a reparu.
4 fois le résultat n'a pu être constaté.

« Chez toutes les malades que nous avons opérées, dit-il, nous n'avons jamais observé d'accidents mortels, comme des hémorrhagies abondantes ou des péritonites intenses ; cependant, nous ne prétendons pas que cela ne puisse arriver ; car, nous-même avons été témoin, en 1745, d'une opération pareille faite par Kiwisch sur une jeune fille de dix-neuf ans qui succomba à une péritonite consécutive. »

— Un cas de double tumeur observée par Chroback (1) présente un intérêt particulier : Il s'agit d'une femme de 34 ans, qui portait dans l'utérus une tumeur sensible grosse comme le poing et donnant lieu à des vomissements continus et incoercibles. On la ponctionna par le vagin, et tout symptôme alarmant disparut. Mais on ne tarda pas à s'apercevoir qu'il y avait encore un deuxième kyste situé au-dessus et à gauche de celui qui avait été opéré. On le laissa intact, et au bout de neuf mois reparurent les vomissements et les douleurs violentes pendant la défécation. Le gonflement de l'abdomen étant devenu aussi considérable que la première fois, on refit la ponction du kyste inférieur, et après avoir retiré environ quatre onces et demi d'une sérosité claire, on ouvrit à travers la voûte de séparation le kyste de gauche qui remontait presque

(1) Vienne, Presse méd., 1872, 20 oct.

jusqu'aux côtes. La guérison fut complète au bout de trois mois.

Stilling (1) dit avoir ponctionné par le vagin, chez une femme de 35 ans, une tumeur grosse comme le poing, située dans le bassin. La ponction donna issue à 180 grammes d'un liquide oléagineux et fut suivie d'une péritonite et d'un profond collapsus. Après la guérison, la tumeur avait encore la grosseur d'une pomme et ce ne fut qu'au bout de six mois qu'elle disparut complétement. L'aspect huileux du liquide tenait à sa richesse en cholestérine.

— Olshausen (2) rapporte le fait suivant tiré de la pratique du Dr Baümler:

Mme Linke, âgée de 22 ans, dans la première période de sa première grossesse qui datait de neuf ans, avait senti dans le vagin une grosseur qui, disparue d'elle-même dans la deuxième période de cette grossesse, revint après la puerpéralité et disparut de nouveau. Après les couches la menstruation fut régulière et sans douleur. La quantité de sang perdue était seulement un peu faible. Ses règles se montrèrent aux époques fixes jusqu'à la dernière quinzaine où elles se supprimèrent. L'ancienne saillie du vagin a commencé depuis quelques semaines à devenir plus gênante et l'abdomen, de son côté, s'est pris à augmenter de volume. Aujourd'hui, le ventre présente une tumeur manifestement circonscrite de la grossesse d'un utérus au huitième mois de la grossesse. La fluctuation, sans être très-manifeste, est partout la même. La plus grande circonférence du ventre au niveau de l'ombilic est de 92 centimètres,

(1) Clinique allemande, 1872, nº 41.

(2) Krankheiten des ovaries in Pitha of Billroth : Handbuch der allgem et spec. Chirurgie.

Devant la vulve, le vagin fait une saillie grosse comme le poing, et très-fluctuante. Le col utérin est élevé, épais et très-proéminent derrière la symphyse du pubis. Si on fait rentrer la saillie du vagin (flexion des genoux), on sent à travers sa paroi postérieure, surtout en la soulevant légèrement, une cloison avec une ouverture de 3 à 4 centimètres de diamètre, située sur la ligne médiane. Les bords de cette ouverture sont minces et particulièrement très-tendus.

Ils se rejoignent en avant un peu sur le côté du col et s'élèvent insensiblement en arrière pour arriver à se réunir l'un à l'autre en cercle parfait. Cette membrane tendue qui, plus tard, après l'évacuation du kyste, pouvait encore être sentie peut être considérée comme le fascia pelvis, dont la déhiscence des fibres aurait amené une hernie d'une portion de la tumeur. Sur la partie proéminente de la saillie vaginale, on sentait parfaitement deux couches superposées et isolables, formées l'une par la paroi du vagin, l'autre par la paroi du kyste.

Le traitement fut des plus simples : on fit une ponction avec un trocart et on évacua le contenu de la tumeur. Cette ponction eut lieu le 8 décembre 1872. Pendant les quatre années suivantes, le kyste se reforma à peine. Il peut toutefois être senti ; mais si petit, qu'il n'a pas le tiers de son précédent volume et que la malade ne s'en plaint pas. La membrane tendue avec son ouverture circulaire existe comme autrefois, et Me Linke porte un pessaire pour obvier à la chute de la paroi postérieure du vagin. Ote-t-on ce pessaire, la paroi redescend, et elle peut même venir faire saillie au-devant de la vulve, si on comprime l'abdomen.

— Le professeur Hegar (1), pour parer aux dangers de

(1) Olshausen, loc. cit.

l'épanchement du liquide de la tumeur dans la cavité péritonéale, a cherché à établir la réunion des parois du kyste avec la voûte du vagin par des cautérisations répétées de la paroi du canal avant l'incision du kyste. Ce procédé lui a donné quelques avantages.

EN ANGLETERRE.

En Angleterre, les premières tentatives d'ovariocentèse vaginale furent faites en vue de faciliter le travail de l'accouchement rétardé par la présence du kyste. La plus ancienne operation de ce genre, relatée dans la littérature médicale anglaise, est due au Dr Ford dont la patiente était encore en bonne santé six mois après.

— Dans le *Médico-Chirur. Transactions* (1), Park donne le détail de plusieurs cas dans lesquels des tumeurs ovariennes, compliquant la grossesse, furent ponctionnées par le vagin. On n'eut pas un seul cas de mort à déplorer.

— Merriman, dans le même journal, signale quelques autres faits de ce genre.

En dehors de leurs rapports avec la parturition, les kystes de l'ovaire furent rarement traités par la voie vaginale.

— Une opération de cure radicale d'une hydropisie ovarienne est rapportée dans *Archives générales* (2) comme ayant été faite par Arnott, chirurgien du Middlesex hopital, à Londres. Le kyste était compliqué d'une tumeur solide de l'ovaire; la ponction ne donna issue à aucun liquide, mais amena l'inflammation et la suppruation du sac. La malade guérit néanmoins.

(1) Vol. 7.
(2) Vol. 65, p. 487.

— Ogden (1) fut un jour consulté par une femme de 32 ans, mère de plusieurs enfants, et qui, depuis sa dernière couche (cinq mois) se plaignait d'un sentiment de plénitude dans le ventre et de perte d'appétit. Elle éprouvait beaucoup de peine à uriner, et on était même obligé d'avoir recours à la sonde. « Le toucher vaginal, dit Ogden, me fit reconnaître la présence d'une tumeur occupant la concavité du sacrum, et laissant à peine assez de place pour passer le doigt entre elle et le pubis. On parvenait avec peine à sentir au-dessus du pubis un segment du col utérin, et je crus d'abord à une rétroversion de l'utérus. A gauche du vagin, je rencontrai une tumeur élastique que je pris d'abord pour le bas-fond de la vessie. La malade n'avait pas uriné depuis vingt-quatre heures et souffrait beaucoup. Je fis en vain de fréquentes tentatives de cathétérisme, et je me déterminai à faire la ponction de la vessie au-dessus du pubis. Je retirai deux pintes d'urine très-colorée. Six heures après, la malade n'ayant pas uriné, j'essayai de nouveau d'introduire un cathéter, mais sans plus de succès. Je me déterminai alors à faire, par le vagin, la ponction de la tumeur pelvienne, que je pensai être une tumeur ovarique. Le trocart, poussé par le vagin, laissa écouler peu à peu quatre litres de sérosité semi-transparente. La malade éprouva un grand soulagement ; les fonctions de la vessie se rétablirent aussitôt, et la malade put uriner spontanément, une heure après l'opération. Pendant plusieurs jours, le kyste ovarique fournit un écoulement abondant ; mais il se tarit bientôt, et la guéri, son fut complète. Depuis lors, les règles n'ont pas reparu-mais la santé s'est maintenue en très-bon état.

— Dans son traité sur les *Maladies des femmes*, West

(1) Gaz. des hôp., 1840, p. 432.

s'exprime ainsi au sujet de la ponction vaginale : « Les avantages de ce procédé se confondent, selon moi, avec ceux qui résultent d'une ponction pratiquée de bonne heure » si le kyste est petit, uni, fluctuant et simple autant qu'on peut en juger.

La ponction n'offrant pas, suivant le chirurgien anglais, des chances de guérison assez certaines, le procédé de Kiwisch et de Scanzoni, exposant à trop de dangers, West a cru devoir modifier un peu l'opération de l'ovariocentèse vaginale. Il se sert d'un trocart et d'une canule recourbée, de la grosseur du petit doigt ; il introduit ensuite dans la canule un long tube élastique ayant le diamètre du cathéter n° 12. Après avoir retiré la canule, il maintient la sonde dans le kyste au moyen d'un petit anneau en argent, fixé sur elle avec une vis, attaché lui-même à un appareil semblable à celui dont on se sert pour retenir les supports utérins, et assujetti par des lacets passant sur la cuisse et autour du bassin.

West fit trois opérations de ce genre. La mort, qui arriva chez une de ces malades, ne fut pas causée par les suites de l'opération. Le résultat fut très-satisfaisant dans les deux autres cas. Quand une des malades quitta l'hôpital, deux mois après l'opération, le liquide ne s'était pas reproduit. L'autre, douze ans plus tard, jouissait d'une bonne santé, et était occupée, « toute la journée, à servir dans un magasin de confiseur. »

Malgré ce triple succès : « Quelle que soit, dit West, la manière de voir sur cette opération, il n'est pas possible de l'adopter dans un grand nombre de cas, puisque les kystes ovariques sortent souvent, à une période avancée, hors de la cavité pelvienne. Dans beaucoup d'autres cas, elle est inutile, puisque elle ne réussit que lorsque le kyste est simple. Dans ce petit kyste simple, je crois qu'on aurait

tort d'exposer la malade à un danger aussi redoutable que celui de l'inflammation kystique, presque invariablement provoquée par cette opération. »

— Ramsbotham (1) raconte un cas d'accouchement empêché par une tumeur située dans le cul-de-sac de Douglas. La tumeur fut ponctionnée par le vagin, au moyen d'un long trocart. Il en sortit une cuillerée à café d'une matière épaisse, jaunâtre, semblable à de la crême cuite, qui se solidifia en se refroidissant, et qui, conservée dans des tubes, prit l'apparence du beurre. Avant la ponction, la tumeur, sans doute à cause de sa tension, paraissait solide. Ingleby cite deux cas semblables. Ramsbotham en conclut qu'il faut ponctionner tous les kystes qui gênent l'accouchement; les malades se rétablissant facilement.

— Brown (2) a opéré heureusement deux malades. Chez l'une, âgée de 48 ans, après deux ponctions en l'espace de quatre semaines, la canule resta en place vingt-deux jours seulement. Dans l'autre cas, où le contenu était pourtant purulent, le résultat fut encore plus rapide.

— Pour Spencer Wells (3), la ponction par le vagin est beaucoup plus sujette à être suivie de l'inflammation du kyste que la ponction à travers les parois de l'abdomen, grâce à la difficulté qu'on éprouve à prévenir l'introduction de l'air. On peut cependant éviter cet accident en enlevant la canule avec précaution. La ponction vaginale, nous dit le grand ovariotomiste anglais, a été préférée, non dans le simple but de vider le kyste, mais pour rendre plus facile l'écoulement du liquide au fur et à mesure qu'il se forme, pour favoriser le retour graduel du kyste sur

(1) Path. trans., vol. VI.
(2) Olshausen, loc. cit.
(3) Spencer Wells, Diseases of the Ovaries, 1872.

lui-même et l'occlusion de l'ouverture. Encore ce résultat favorable est-il rarement obtenu! Le plus habituellement l'air entre dans la cavité, la plaie se ferme, le liquide s'accumule et se putréfie. L'inflammation suppurative de la membrane interne du kyste s'accompagne de fièvre hectique et de symptômes de pyohémie qui ne peuvent être combattus qu'en donnant un libre cours à l'écoulement. Malgré cela, Spencer Wells adopte la ponction vaginale dans les cas où le kyste adhère à la face inférieure du pelvis, où il gêne par sa compression les fonctions de la vessie et du rectum, et où il est surtout très-fluctuant. Après avoir ponctionné aussi près que possible de la ligne médiane, il laisse dans la tumeur ou la canule ou un cathéter élastique. Mais il est plus pratique, suivant lui, d'introduire un séton ou un tube à drainage, voire même de faire une incision, et de placer entre les lèvres de la double plaie soit un plumasseau de charpie iodée, soit une tente de laminaire qui pourra dilater l'ouverture, et qui empêchera la stagnation du liquide sécrété.

La tente de laminaire que recommande Spencer Wells peut, dans certains cas, créer au chirurgien des ennuis sur lesquels il n'avait pas compté. Témoin le fait suivant arrivé au promoteur même de la méthode : Deux semaines environ après une ponction de kyste de l'ovaire, voulant aider la sortie de la matière purulente, il remplaça le tube vulcanisé qu'il avait introduit, quelques jours auparavant, par un morceau de tige de laminaire. Le lendemain, lorsqu'il voulut l'enlever, le fil qui la retenait se brisa et la tente tomba dans la cavité du kyste. Impossible de la retrouver. On agrandit l'ouverture avec l'hystérotome. Recherches vaines. La laminaire était insaisissable ; si bien que Wells supposa que la matière végétale avait été désorganisée, et était sortie avec l'écoulement. Mais quinze jours

plus tard, pendant un examen de la malade, il sentit quelque chose de rude du côté droit de l'utérus, et crut à la découverte de la tente. Sur ces entrefaites, la patiente partit pour Brington, et, à son retour (un mois après, plus de sécrétion, ni de tumeur abdominale), il découvrit un corps étranger qui obstruait l'ouverture faite par le vagin. Craignant de commettre une imprudence, en essayant de l'enlever, Wells renvoya la malade dans son pays. Au bout de sept mois, le Dr Priestley écrivit à son confrère : « Votre vieille malade est venue me consulter pour des malaises et un écoulement abondant et sanguinolent. J'ai trouvé un corps étranger dans l'orifice fistuleux, et je l'ai enlevé avec des pinces, non sans peine. Il est probable que c'est la tente de laminaire qui est restée là depuis le mois d'avril dernier ; elle avait conservé sa forme et avait une odeur beaucoup moins fétide qu'on aurait pu le croire. J'ai revu aujourd'hui la malade : l'ouverture semble disposée à se fermer. » En effet, la guérison fut prompte, et la tumeur finit par disparaître complètement.

Sp. Wells a ponctionné avec le trocart de Scanzoni, dans le Samaritain Hospital une tumeur de l'ovaire qui occupait tout le côté gauche de l'abdomen et qui depuis quatre ans comprimait les organes intra-pelviens. Il sortit à peu près un litre de liquide. L'écoulement vaginal continua pendant un temps considérable et devint purulent. La tumeur abdominale s'effaissa peu à peu et la malade revint à une bonne santé.

Un succès complet couronna une opération du même genre tentée sur une femme dont la tumeur s'étendait jusqu'à l'ombilic et remplissait tout le bassin. Dix ans après, la femme était très-bien portante, avait eu cinq enfants et ne présentait aucune trace visible de son ancien kyste de l'ovaire.

Sp. Wells fait encore connaître un cas où la ponction par le vagin et le drainage ont été suivis d'une bonne santé pendant trois ans; mais où le malade mourut au bout de ce temps d'un abcès du foie avec des symptômes de pyohémie. « Peut-être, dit en terminant l'opérateur, une large incision aurait-elle empêché la stagnation du pus, et je puis dire que l'impression laissée dans mon esprit par ce que j'ai vu de la ponction vaginale, me pousse à cette conclusion que la simple ponction est plus dangereuse que la ponction suivie de drainage, et que le drainage doit être complet afin de prévenir l'accumulation du liquide dans la poche. La cavité doit être ouverte jusqu'à ce que ses parois s'accolent et qu'elle soit complétement oblitérée. »

— Robert Barnes (1), cite le fait suivant où l'utérus était tellement rejeté en avant, qu'il gênait la vessie, et causait une rétention d'urine : une jeune femme, dit-il, se présenta à la consultation de l'hôpital se plaignant de rétention d'urine. Suivant notre habitude dans ces cas, nous la fîmes coucher immédiatement. Je trouvai le col serré contre la symphyse; après avoir vidé la vessie, je sondai l'utérus, l'hystéromètre suivit la direction normale, et je sentis le fond au-dessus de la symphyse. Il était évident que l'utérus, qui avait ses dimensions normales, était repoussé en avant par un corps placé derrière lui. En explorant avec le doigt sur les côtés et en arrière de la matrice, je sentis que le fond du vagin était distendu, et je perçus une tumeur ferme, élastique, à contours nets; la fluctuation fut reconnue au moyen du toucher vagino-abdominale. La tumeur ne dépassait pas le détroit supérieur, et, sans la palpation bipolaire, on

(1) Traité clinique des maladies des femmes, 1876, trad. fr.

n'aurait guère pu la reconnaître. Je conclus que c'était un kyste ovarien au début; comme il faisait subir une compression dangereuse à la vessie, je le ponctionnai par le fond du vagin au moyen du trocart aspirateur, et je retirai environ 180 grammes d'un liquide limpide, citrin. L'utérus revint jusque près du centre du bassin et abandonna la vessie. Il ne se produisit aucun symptôme fâcheux; mais, au bout de quelques jours, la rétention se reproduisit; l'utérus était de nouveau pressé contre le pubis. Je répétai l'opération et je retirai environ 60 grammes de liquide, puis j'injectai 30 grammes de teinture d'iode dans l'espoir qu'un kyste si petit se rétrécirait et se guérirait. Pendant quelques temps, la malade parut aller bien; mais la fièvre irritative se déclara, et se termina par la mort. Nous ne pûmes malheureusement pas faire l'autopsie.

EN AMÉRIQUE.

Rien ne ressemble moins à l'histoire de l'ovariocentèse vaginale que nous venons de faire que l'étude de cette même opération pratiquée en Amérique. Ici, plus de distinction entre le kyste uniloculaire et la tumeur à cloisonnements multiples; plus d'égards pour le volume considérable de cette tumeur

Deux praticiens célèbres de New-York ont surtout contribué à élargir ainsi la sphère du traitement des kystes de l'ovaire par la voie vaginale; ce sont les D[rs] Schnetter et Nœggerath.

— Schnetter est le premier qui a songé à intervenir dans les cas de kystes composés. Son mode d'opération est semblable à celui de Scanzoni. Ses succès, qui sont rapportés

dans l'*American journal of obstetrics* (1869) sont au nombre de quatre.

Le premier est relatif à une femme de 35 ans qui portait une tumeur monokystique de l'ovaire droit, avec contenu purulent. L'opération fut faite le 30 septembre 1851.

Pendant les six jours qui la suivirent, les phénomènes de réaction furent insignifiants. A l'exception de quelques vomissements passagers, aucun symptôme grave n'était survenu, lorsque le 6 octobre elle fut subitement prise de vomissements abondants, de douleurs abdominales vives, d'insomnie, de sueurs profuses, et de fièvre violente ; l'écoulement, cependant, resta de bonne nature. Le 16 octobre, Schnetter retira la canule et mit à sa place un cathéter élastique n° 12. En comprimant les parois du ventre, il fit sortir, par la sonde, environ quatre livres d'un liquide épais, jaunâtre, gélatineux et très-irritant, ce qui amena une diminution considérable du volume de l'abdomen. Le 20 octobre, toute trace de tumeur avait disparu dans la cavité péritonéale ; le ventre était souple et indolore. Durant la nuit, à un moment où la malade voulut changer de position, il sortit par le cathéter comme un flot de matière décomposée. A dater de cette époque, la fièvre tomba, l'appétit revint et la malade put quitter son lit. Un mois après, elle n'était plus soumise à aucun traitement.

Vers le 20 janvier 1852, la même malade dut de nouveau réclamer les secours de la médecine pour une constipation opiniâtre, des vomissements incessants et des douleurs vives dans la fosse iliaque gauche. A ce niveau, ou pouvait percevoir une tumeur dure, ovale, immobile, non fluctuante, remontant à trois travers de doigt au-dessus des branches du pubis et s'avançant jusqu'à la ligne médiane. Le toucher vaginal révélait la présence d'une saillie

dans le cùl-de-sac postérieur. L'utérus était considérablement déjeté vers la droite. On avait affaire, à n'en pas douter, à un kyste de l'ovaire gauche. Schnetter l'opéra comme le premier, en ayant soin seulement de faire la ponction très-près du col de l'utérus et de diriger l'incision vers le côté gauche. Il ne s'écoula qu'une très-petite quantité d'un liquide séro-sanguinolent, et la tumeur ne s'affaissa pas. Pas de réaction durant les cinq premiers jours, après lesquels la fièvre se montra avec tous les symptômes mentionnés plus haut. A partir du sixième jour, eut lieu un écoulement abondant d'un liquide sanieux mélangé à de la matière gélatineuse. La tumeur commença alors à décroître progressivement, et il ne resta bientôt dans la région iliaque gauche qu'une saillie de la grosseur du poing.

Pendant la convalescence, le Dr Schnetter remarqua que l'incision faite à gauche de l'utérus se portait peu à peu derrière le col, et qu'une tumeur se développait dans le côté gauche du pelvis. En introduisant une sonde dans le trajet fistuleux qui n'était pas oblitéré, il acquit la conviction de la présence d'un autre kyste en voie d'évolution rapide. Le 5 mars, cette troisième tumeur fut ponctionnée et les symptômes consécutifs furent les mêmes que dans les cas précédents.

L'abdomen reprit peu à peu son volume normal et sa souplesse. La malade put repartir au mois de juillet pour son pays, où elle ne tarda pas à recouvrer sa vigueur passée.

La deuxième malade du Dr Schnetter présentait un kyste de l'ovaire droit. Elle fut opérée le 23 mars 1858. A la sortie du trocart, il s'écoula de la tumeur une grande quantité de matière purulente ; et, au moment de l'agrandissement de l'ouverture par le bistouri, il se présenta une

hémorrhagie considérable, tant interne qu'externe, qui distendit de nouveau la cavité du kyste : le pouls devient petit et la respiration fréquente. Pour arrêter l'écoulement de sang, le chirurgien pressa fortement sur l'angle droit de la plaie avec une canule d'étain de la grosseur du doigt, et ordonna quelques injections d'eau glacée. Il n'y eut à noter, dans la suite, que l'abondance et la fétidité de la sécrétion contre lesquelles on dirigea des injections d'eau tiède. Le kyste se vida facilement à l'exception d'une petite tumeur dure située à droite et à deux pouces au-dessus de la symphyse du pubis, qu'on essaya toujours en vain de ponctionner. La résistance de son tissu était tel que le trocart ne peut être enfoncé dans ses parois, quelque force que l'on déployât. A peine donnait-on issue à quelques gouttes de liquide sanguinolent. La malade, dont la position était précaire, ne voulut pas se soumettre à un traitement plus prolongé. Mais, nous dit Schnetter, en 1859, j'ai appris par un de mes collègues que ma malade allait très-bien, qu'elle avait retiré sa canule et que l'écoulement avait définitivement cessé.

Dans la troisième observation de Schnetter, le kyste contenait du sang noir, et la canule ne fut maintenue dans sa cavité qu'un temps très-court. La guérison fut complète.

Le quatrième cas était un kyste à contenu colloïde. Peu de jours après l'opération, la malade perdit sa canule, et Schnetter essaya en vain de la replacer, tant s'était resserrée l'ouverture vaginale. Il arriva que la tumeur se reproduisit rapidement; mais elle s'ouvrit un jour d'une façon spontanée en donnant issue à une quantité énorme de matière purulente. Le kyste s'affaissa peu à peu et ne reparut plus.

De tous les gynécologistes modernes, le Dr Nœggerath est celui qui a pris le plus énergiquement en main la

défense de l'ovariocentèse vaginale. Ce chirurgien, auquel nous avons l'honneur de devoir de nombreux renseignements sur la question qui nous occupe, et que nous prions d'accepter le témoignage sincère de nos remerciements, a reculé aussi loin que possible les limites de cette opération. Nous avons cru devoir traduire fidèlement sa théorie, de peur d'en altérer le sens par un résumé succinct. Et d'abord, il fait bon marché des idées de Kiwisch qui, dans la crainte d'une suppuration prolongée, se refuse à ouvrir les kystes de grande dimension. Rien n'est plus facile que d'éviter ce danger ; il suffit de disposer d'un procédé qui permette de régler la quantité et de modifier à volonté la nature de la sécrétion intra-kystique. Les nombreuses adhérences, continue Nœggerath, que l'on rencontre dans certains cas peuvent bien retarder l'affaissement du kyste et empêcher la libre évacuation de son contenu ; mais elles ne doivent pas détourner un chirurgien de l'ovariocentèse ; car il est probable que la tumeur subit un processus atrophique quand sa principale source de nutrition a été atteinte dans sa vitalité. D'ailleurs, on le comprend facilement, certaines adhérences sont d'un secours utile dans l'opération ; ce sont celles qui retiennent le kyste fixé à la partie inférieure du pelvis et du bassin.

L'état des parois du kyste doit être pris en sérieuse considération dans le choix du mode d'intervention. Si nous admettons, en effet, qu'un kyste à parois minces doive facilement se recroqueviller, nous devons noter aussi le danger le plus grand qu'il présente d'aider à la propagation de l'inflammation de ses parois à la séreuse du péritoine et de favoriser ainsi le développement de la péritonite. Il est évident cependant que, dans un grand nombre de cas, l'irritation de la surface péritonéale adjacente à la tumeur doit être regardée comme une heureuse

coïncidence, par ce fait qu'elle en assure la guérison en organisant et en superposant des dépôts de lymphe plastique, qui forment une digue à la distension de la tumeur. L'épaisseur de ces couches a créé parfois un obstacle à l'opération : la pointe du trocart qu'on voulait employer ne pouvait les pénétrer. Dans ce cas, il faut recourir au bistouri et les inciser successivement les unes après les autres.

Nœggerath se range complétement à l'avis du Dr Schnetter, et il ne se fait pas scrupule d'opérer les kystes composés. Il est, en effet, dit-il, possible, dans ces circonstances, soit d'ouvrir la seconde poche aussitôt après l'évacuation de la première, soit d'attaquer le second kyste après la cure radicale du premier, comme dans l'observation du Dr Schnetter. Tout dépend de la position des cavités, par rapport les unes aux autres. Que l'une se soit développée au-dessus de l'autre, ou que celle-ci soit placée sur le côté de celle-là, on peut ou traiter la seconde après la guérison de la première, ou ponctionner la seconde sans attendre que le liquide de la première se soit complètement écoulé. Ce dernier procédé n'est pas sans présenter parfois quelque danger. La seconde ponction peut ne pas atteindre le kyste supérieur au point où il est soudé à l'inférieur ; mais en un endroit où il est seulement en apposition avec celui-ci. Le péritoine sera alorspiqué deux fois. Il se peut encore que l'ouverture du kyste inférieur ne corresponde plus après son affaissement avec celle du supérieur et que des gaz ou des liquides pénètrent dans la cavité du péritoine.

Il est donc préférable, en toutes circonstances, de ponctionner un seul kyste à la fois et d'attendre que le supérieur, descendu dans le vagin, se trouve à la portée de l'instrument. Si l'on prévoit une seconde opération, on fera bien

de faire la première incision sur un des côtés du vagin et de réserver l'autre pour la seconde manœuvre. L'époque de cette deuxième intervention n'est pas toujours laissée au choix du chirurgien. Il se peut que la décomposition du contenu du premier kyste menace d'amener celle du second, et le chirurgien est alors contraint de donner issue aux liquides pour éviter les dangers de la fièvre hectique.

Un point à noter également est la position relative de l'utérus et des organes voisins. L'organe de la gestation doit toujours être placé en avant de la tumeur.

Næggerath a créé un procédé opératoire que nous décrirons plus loin et qui lui a réussi en deux circonstances différentes, dont nous allons ici donner le détail :

La première observation est celle d'une dame B..., née en France, et qui était ouvrière à New-York. En 1862, elle présenta tous les signes de la grossesse. L'abdomen se développa progressivement, et elle éprouva, de plus, une grande douleur dans la région iliaque droite. Le médecin qu'elle consulta la déclara enceinte. Comme elle était veuve, elle ne voulut pas accepter cette explication, et se rendit auprès de chirurgiens plus éclairés qui ne tardèrent pas à reconnaître un kyste de l'ovaire. Le volume du ventre devint telle qu'en 1866, on fit la ponction abdominale. Le succès fut relatif; la tumeur se reforma. La malade alla de nouveau prendre conseil des gynécologistes de New-York. La plupart lui proposèrent une seconde fois la ponction. Le Dr Atlee pencha pour une opération radicale. Elle fut enfin présentée à Nœggerath. A ce moment, son état physique était peu satisfaisant; elle était pâle, amaigrie et pouvait à peine marcher. L'abdomen était considérablement distendu, plus à droite encore qu'à gauche (environ 33 pouces). La tumeur molle et fluctuante s'étendait supérieurement jusqu'à la région hypochon-

driaque droite et formait à la paroi postérieure du vagin une saillie arrondie, fluctuante, qui remplissait le cul-de-sac de Douglas et refoulait l'utérus en avant. Devant la faiblesse de la femme, il était impossible de songer à une grande opération. Nœggerath résolut d'appliquer son nouveau procédé d'ovariocentèse vaginale. Il prépara d'abord la malade par un régime fortifiant et une thérapeutique reconstituante ; et quand elle eut pris un peu de force, que son pouls fut moins faible et sa douleur abdominale moins intense, c'est-à-dire le 1er novembre 1866, il l'opéra en présence du Dr Woss. Il retira quelques quarts d'une matière épaisse, mucilagineuse. Dans les jours suivants, il fit de fréquentes injections d'une solution concentrée d'acide carbolique, et rien ne vint entraver la marche de la guérison, si bien qu'à partir du 26 novembre, madame B... commença à se lever et fut déclarée guérie le 6 décembre.

La seconde observation est encore celle d'une Française, madame Hélène G..., âgée de 35 ans, qui, pendant neuf années de mariage, n'avait jamais été enceinte. Elle était également très-faible et très-émaciée. Ces règles venaient irrégulièrement et étaient suivie d'une abondante leucorrhée. Elle alla consulter Nœggerath, le 21 octobre 1867, pour une grosseur abdominale qui datait de deux ans. Quand celui-ci la vit, le ventre de la malade était plus gros que celui d'une femme à terme. La matité s'étendait à la région épigastrique et dans tout le côté gauche ; à droite, au contraire, on percevait un son tympanique très-marqué, surtout dans le flanc droit. La fluctuation était très-manifeste à la partie supérieure de l'abdomen. Rien ne dénotait l'existence d'adhérences. Par le toucher vaginal, on sentait l'utérus dans sa position normale, peut-être un peu rapproché de la symphyse pubienne. Le cul-

de-sac postérieur du vagin semblait plus large qu'à l'état normal, et en poussant fortement le doigt, on sentait un petit segment de la tumeur qui était plus distinct quand on pressait sur l'abdomen avec la main gauche.

Tumeur monokystique de l'ovaire gauche, chez une malade anémique et d'un tempérament nerveux : tel fut le diagnostic.

L'opération fut faite à l'hôpital le 16 novembre 1867 en présence des Drs Kammerer, Altholf, Muller, etc. Le liquide évacué remplit un large seau, et une grande partie ne put être recueillie, qui coula sur le matelas de la table et sur le plancher de la chambre; il était jaunâtre, limpide et franchement albumineux. Quand la malade sortit de son sommeil chloroformique, elle éprouva une sensation de bien-être qu'elle n'avait pas ressentie depuis de longues années.

Le 16 novembre. A peine une légère douleur dans le bas-ventre. Pas le plus petit phénomène inquiétant, P. 84.

Le 17. Injections d'une solution d'acide phénique ; pas de douleur. P. 108.

Le 18. Bonne nuit.

Le 19. Ecoulement abondant, purulent, commence à prendre une mauvaise odeur. P. 110.

Le 20. Insomnie, fièvre, sueurs profuses, P. 120 ; sécrétion abondante, épaisse, très-fétide; injections concentrées d'acide phénique.

Le 21. Diminution de la sécrétion, qui sort plus facilement.

Le 22. Insomnie, faiblesse, inappétence. Injections.

Le 23. Enlèvement des points de suture; dépôt d'une épaisse couche de lymphe plastique autour de l'ouverture qui reste béante. P. 108. Injections.

Le 24. P. 108. Diminution notable de la sécrétion. Kyste revient sur lui-même; mauvaise odeur de l'écoulement.

Le 26. P. 108. Sécrétion épaisse, pus louable; une seule injection.

Le 27. Apparition des règles à l'époque attendue.

Le 28. Menstrues abondantes.

Le 29. P. 104. Pus très-épais. Autorisation donnée à la malade de se lever quelques heures.

Le 30. P. 96. Retour de l'appétit.

A partir de ce moment, Mme G... recouvra graduellement la santé, et toute trace de son affection avait disparu au milieu de décembre.

Outre ces deux faits, nous pouvons signaler quelques opérations de kystes multiloculaires entreprises par Nœggerath, mais par des procédés différents.

Ainsi, le 29 avril 1860, il opéra un kyste multiloculaire droit par la ponction avec canule à demeure sans incision. La première cavité qu'il ouvrit donna issue à environ neuf onces d'un liquide rouge brun, contenant des flocons de fibrine. La seconde, dont la ponction suivit immédiatement celle de la première, renfermait environ deux quarts d'un liquide limpide, aussi clair que de l'eau. Après des souffrances terribles éprouvées par la malade, après des accidents multiples occasionnés par la difficulté de maintenir la canule en place, après une suppuration prolongée et un affaiblissement graduel des forces de la patiente, il se fit une communication entre la poche kystique et le rectum. L'observation se termine par l'expression de voir un jour se fermer cette fistule kysto-intestinale.

La confiance de Nœggerath dans son procédé est telle, que se trouvant en présence d'un cas où l'utérus rétro-

versé présentait une contre-indication à l'opération, il aima mieux ramener l'utérus à sa position normale que de renoncer à l'ovariocentèse vaginale. Ayant affaire à une grosse tumeur qui remontait dans l'hypochondre droit et dont il ne pouvait atteindre la partie inférieure, l'utérus étant rétroversé, il passa une sonde dans le corps de la matrice, poussa le fond de celle-ci aussi loin que possible dans le côté gauche du pelvis, le ramena ensuite vers la ligne blanche complètement en avant et le porta très-haut derrière la symphyse pubienne. Le kyste vint alors faire saillie dans le cul-de-sac postérieur du vagin. La malade fut opérée suivant la méthode de Schnetter et guérie rapidement. Malheureusement, six mois après, l'abdomen avait repris son volume précédent, et, lors de la deuxième opération, une hémorrhagie épouvantable suivit l'incision des parois du kyste, et la malade ne tarda pas à mourir d'anémie et d'épuisement.

Une autre malade eut le même sort. Elle portait un kyste biloculaire. La première poche fut ponctionnée, drainée, et la guérison fut complète en deux mois. La seconde fut opérée de la même manière, mais, quand le trocart fut retiré de la canule, il sortit seulement quelques onces d'un liquide séreux, mélangé à une matière ayant la consistance de la chair à saucisse et ressemblant exactement à de la substance encéphaloïde. La canule fut aussitôt enlevée, la nature cancéreuse d'un kyste étant une contre-indication à son opération. La malade n'en succomba pas moins à une péritonite.

Enfin, Mme A..., qui portait un double kyste de l'ovaire, fut opérée par Nœggerath, le 27 janvier 1867, d'une de ses tumeurs. Il laissa dans le kyste la canule du trocart, par laquelle s'écoulèrent environ deux livres de pus. Dans la suite, la malade eut de la fièvre, des maux de tête, sans

toutefois présenter aucun phénomène extraordinaire. Au mois de mars suivant, lorsqu'il voulut vider le second kyste, le péritoine s'enflamma et la malade mourut en l'espace de quinze jours.

Depuis la publication de son article sur l'ovariocentèse vaginale, Nœggerath (*communication écrite*) a fait deux opérations de kyste de l'ovaire par le vagin. Dans un cas, où il employa sa nouvelle méthode (incision et réunion des lèvres par la suture), il avait affaire à une tumeur multiloculaire, pour laquelle il fut obligé d'intervenir quatre fois successivement, ouvrant une cavité l'une après l'autre. Le succès fut complet. Dans l'autre cas, il fit l'opération sans réunir le kyste évacué avec les parois postérieures du vagin, espérant la formation future d'adhérences; mais le liquide du kyste s'altéra avant que celles-ci fussent assez intimes, et l'aide qui soignait la malade ayant été obligé de faire des injections désinfectantes, introduisit la canule dans la cavité péritonéale; une péritonite se déclara aussitôt qui enleva la malade.

Le professeur du *Medical College in the New-York* appelle particulièrement l'attention des chirurgiens sur *l'after treatment*. Deux points, suivant lui, doivent tenir l'opérateur en éveil : 1° La réaction qui suit l'ouverture du péritoine ; 2° les accidents attachés à l'altération de la sécrétion et à l'inflammation du kyste. Pour ce qui regarde les premiers symptômes, il ne faut jamais recourir à un traitement trop actif, à moins que l'opération n'ait été subie par une malade irritable et épuisée. Dans ce cas, les applications locales de glace et l'usage de la morphine sont sufffsants pour subjuguer le mouvement fébrile et prévenir la péritonite. Dans les circonstances ordinaires, les premiers phénomènes de réaction apparaissent le quatrième ou le cinquième jour; c'est alors qu'interviennent

les différentes sources de dangers, qu'il faut bien connaître pour pouvoir les détourner. On observe toujours un certain degré d'inflammation du kyste et de ses parois, surtout à sa partie inférieure, inflammation bienfaisante qui a pour effet de souder entre eux la surface péritonéale, la surface kystique et le vagin. Chaque fois que l'opération a été faite suivant la méthode la plus généralement employée, à savoir le maintien d'un cathéter ou d'une canule dans la cavité, l'inflammation est plus sujette à se produire, par ce fait que la partie des parois du kyste opposée au point où a eu lieu la ponction est accidentellement soumise à l'irritation de l'extrémité supérieure de la canule. Un simple déplacement de l'instrument suffit à faire disparaître la douleur et les autres signes de phlegmasie. On doit prévenir la fièvre hectique en évacuant, aussi complètement que possible, le contenu de la tumeur et en modifiant la nature de la sécrétion par de fréquentes injections désinfectantes. Le nombre et le degré de concentration de ces injections doivent être proportionnés à l'abondance et aux caractères de l'écoulement.

Quant à ce qui a trait aux petites tumeurs enkystées de l'ovaire, dont la ponction a été rangée parmi les moyens de traitement les plus dangereux, nous demandons la permission de faire connaître ce que nous a communiqué Nœggerath à ce sujet : « Vous parlerai-je, nous dit-il, des cas de kystes de petit volume situés dans ou très-près de l'espace de Douglas, kystes de la grosseur d'une noix ou tout au plus d'un gros poing d'homme. J'en ai opéré près d'une vingtaine avec l'appareil Dieulafoy. J'ai bien choisi les cas que je voulais opérer d'une façon aussi simple, et je puis affirmer que toujours la guérison a été complète. La dernière opération que j'ai faite a été pratiquée au printemps de l'année 1876 pour un kyste de l'ovaire gauche

qui contenait à peu près trois onces d'un liquide séreux, jaunâtre. La femme avait souffert pendant une année de douleurs atroces et de vomissements, et était forcée par intervalles de rester au lit des semaines entières. Le kyste n'était pas en contact intime avec la voûte postérieure du vagin ; mais, en mettant bien les jambes en flexion, sous l'influence du chloroforme, j'ai réussi à faire descendre la tumeur assez pour la sentir dans le vagin. L'opération fut suivie d'une péritonite pelvienne circonscrite avec peu de fièvre, et en quatorze jours tout rentra dans le bon ordre. J'ai vu la malade six mois après l'opération, et j'en ai eu des nouvelles tout récemment. La santé est parfaite. Je considère cette opération comme radicale et appelée à guérir les kystes d'un petit volume sans le moindre danger. »

Nœggerath a aussi ouvert par l'électrocautère trois kystes de la grosseur d'une tête d'enfant et plus. Deux des femmes sont complétement guéries. La dernière est morte par suite du développement d'une tuberculose miliaire aiguë du poumon.

Citons encore l'opération du Dr Hiram Corliss, de Greenwick, dont on peut trouver la relation dans le *Medical Record*, vol. III, n° 69. La malade portait une tumeur qui occupait la presque totalité de l'abdomen, et qui était la cause de souffrances très-vives. Pour remédier aux douleurs de sa cliente, le Dr Corliss fit la ponction par le vagin et retira cinq quarts d'un liquide brunâtre. Le kyste ne tarda pas à reparaître : trois semaines après, il ponctionna de nouveau et retira quatre quarts d'un liquide moins épais peut-être, mais extrêmement fétide. Cette fois, il introduisit une canule d'argent pour permettre un drainage continu et ordonna de fréquentes injections d'une faible solution alcaline. La sécrétion fut très-fétide

dans les premiers jours seulement. Vers la huitième semaine, la canule tomba spontanément; mais l'écoulement continua encore, malgré cela, pendant cinq semaines, et s'arrêta complétement vers la sixième semaine. Le D[r] Corliss, qui vit la malade huit mois après, la trouva aussi bien portante que si elle n'avait jamais été malade.

Thomas (1) préconise également la ponction des kystes ovariens par le vagin, avec ouverture maintenue en permanence, et cite trois succès à l'appui de cette méthode, qu'on ne devrait pas abandonner, selon lui.

Telle est, aussi fidèle que possible, la liste de tous les cas jusqu'ici publiés où des kystes de l'ovaire ont été traités par la voie vaginale. De cette série de faits va découler notre enseignement : 112 cas environ ont été réunis. Sur ces 112 cas, 22 fois à peu près la mort a été la la conséquence de l'opération. Ce résultat s'impose et nous oblige à porter cette première conclusion : L'ovariocentèse vaginale est digne de fixer l'attention des chirurgiens et peut, dans certaines circonstances, être pratiquée avec profit pour les malades. Or, quelles sont ces circonstances et quelle conduite doit-on tenir en leur présence ? voilà notre second problème.

CHAPITRE II.

DES INDICATIONS.

Au premier abord, rien ne semble plus naturel que d'ouvrir par le vagin une tumeur à contenu liquide située

(1) Olshausen, loc. cit.

dans le petit bassin. En effet, on le comprend, l'écoulement est rendu plus facile par cela seul qu'il se fait sur un point plus déclive ; la stagnation est moins à redouter et partant la décomposition du liquide moins certaine. En outre, la membrane si sensible du péritoine est intéressée en un point où sa susceptibilité est moindre qu'en tout autre. Enfin on ne s'expose pas à faire naître des adhérences entre le kyste et la paroi intérieure de l'abdomen, adhérences qui, sous-tendant les parois de la poche, s'opposeraient à leur rétraction et à leur retour dans la cavité pelvienne.

Mais, à côté de ces avantages, on doit reconnaître que le mode de traitement par la voie vaginale n'est pas sans présenter quelques inconvénients. La ponction se fait, en effet, à la partie inférieure de la tumeur, là où elle présente le plus souvent des parties solides et là où ses vaisseaux nourriciers sont les plus volumineux et les plus abondants. L'opération est ensuite rendue difficile par la disposition même des organes sur lesquels elle porte. Par conséquent, cette méthode ne doit être employée qu'autant qu'elle se trouve parfaitement indiquée. Et c'est l'étude de ces indications que nous allons tenter.

1° Le kyste doit être peu volumineux, situé dans le petit bassin et non accessible par l'abdomen. S'il remonte jusqu'à l'épigastre, ou s'il atteint même l'ombilic, pourquoi, comme l'ont fait certains auteurs, aller créer des difficultés en le ponctionnant par le vagin, tandis qu'il est si simple de l'évacuer par l'abdomen?

2° Le kyste doit être uniloculaire. Cette condition, reconnue aujourd'hui indispensable pour tout traitement palliatif des kystes de l'ovaire même par l'abdomen, est plus impérieuse encore pour le succès d'une intervention par la voie vaginale. Car, dans les tumeurs à cavités mul-

tiples, la poche la plus étendue occupe toujours la partie supérieure ; et le chirurgien, en faisant la ponction par le vagin, s'exposerait à ne rencontrer à la partie déclive qu'une cavité de faible dimension, dont l'évacuation ne changerait en rien le volume de la tumeur, et dont l'ouverture pourrait au contraire être la source de grands dangers. D'ailleurs on peut voir combien sont relatifs les succès des chirurgiens de New-York. Chez la plupart des malades de Nœggerath, l'ouverture du premier kyste a bien été suivie d'un résultat favorable ; mais celle du second a presque toujours déterminé une péritonite mortelle.

3e Les parois du kyste doivent en quelque sorte faire corps avec les parois vaginales ; elles doivent être soudées au cul-de-sac péritonéal et conserver leurs rapports, malgré les différentes positions prises par la malade.

4e Il faut que la tumeur fasse une forte saillie dans le vagin et cause presque un léger prolapsus vaginal. Cette saillie, en outre, doit se trouver à la face postérieure du canal ; car essayer de porter le trocart entre l'utérus et la vessie, c'est s'exposer, vu les rapports intimes des deux viscères, à faire fausse route et à pénétrer dans le réservoir urinaire (cas de Vermandois).

5o Il est nécessaire que la fluctuation soit très-manifeste pour indiquer à l'opérateur que la tumeur a des parois peu épaisses, qu'elle n'est séparée de son doigt par aucune masse solide, et qu'elle n'est pas le siége de quelques-unes de ces dégénérescences qui sont elles-mêmes au-dessus des ressources de l'art.

6o L'opération sera mieux indiquée encore, si le kyste est la source de graves désordres, dont les plus fréquents sont : la compression du rectum, et à la suite la rétention des matières stercorales ; la compression de la vessie, et

l'ischurie qui en est la conséquence ; la compression de l'utérus, de laquelle résulte ou la gêne dans le travail de l'accouchement ou la menace d'avortement durant le cours de la grossesse.

7° Enfin le traitement vaginal est indiqué dans les cas où l'on a pu diagnostiquer la tranformation purulente spontanée du kyste soit par des symptômes généraux, soit par des signes locaux. C'est dans ces circonstances qu'on a proposé d'opérer certains kystes dermoïdes, se basant en cela sur la fréquence relative des guérisons naturelles produites par l'évacuation du contenu purulent de ces kystes dans le vagin.

Une fois l'opération décidée, quel procédé opératoire devra-t-on choisir ?

CHAPITRE III.

DES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES.

Disons d'abord qu'avant d'intervenir, le chirurgien ne saurait s'entourer de trop de précautions. Il videra la vessie, la laissera s'affaisser, s'assurera qu'aucune artère volumineuse ne s'est développée dans les parois du vagin ; il reconnaîtra, au moyen de la sonde et du doigt la position de l'utérus, et déterminera, par le toucher rectal, les rapports du col utérin et de l'intestin. C'est dans l'espace qui sépare ces deux organes, et qui mesure de 25 à 50 millimètres, que devra passer la pointe du trocart. Il recherchera aussi le point le plus fluctuant de la saillie vaginale.

Ponction simple. — La ponction est l'opération la plus ancienne de date On peut la regarder comme un simple palliatif, mais elle a été quelquefois suivie de guérison ; elle entre aussi dans le diagnostic comme un élément précieux, et elle a été recommandée par Kiwisch et Scanzoni, pour s'assurer de l'absence du cloisonnement de la tumeur. Pour la pratiquer, on fait coucher la malade en travers du lit, le dos soutenu par des oreillers, les jambes écartées, appuyées sur deux chaises. Il n'est guère nécessaire d'administrer du chloroforme. On fait fortement comprimer l'abdomen par un aide, et l'index de l'opérateur, appuyé sur le fond du cul-de-sac vaginal, guide le trocart qu'on enfonce perpendiculairement à la surface qu'il faut perforer, autant que possible, dans la direction de l'axe du bassin, jusqu'à une profondeur de 25 millimètres, ou jusqu'au moment où l'on a la sensation d'une résistance vaincue. « Il faut, dit Robert Barnes (1), laisser le liquide couler spontanément, ou bien l'extraire au moyen de l'aspirateur, maintenir l'aspiration tant que coule le liquide, et déterminer ce qui reste de la tumeur. Alors seulement on retire le trocart, ce qui termine la séance. Le temps permettra d'oberver la suite des phénomènes, de fixer le diagnostic et de décider l'opération qu'il faudra exécuter plus tard. Cette petite manœuvre devra être suivie du séjour au lit, de l'administration d'alcalins et de calmants. Récamier recommande d'appliquer, aussitôt après l'opération, un bandage abdominal serré, qu'on laissera plusieurs jours, et pour prévenir la tendance au vide, et pour faciliter l'accolement des parois. Baker-Brown met sur le ventre des compresses maintenues par des bandes de diachylon assez longues pour entourer le

(1) Loc. cit.

corps, en s'entrecroisant, et fixées encore plus solidement par quelques circulaires autour des cuisses.

Cette simple ponction peut être quelquefois curative ; les parois kystiques peuvent se recroqueviller, cesser de sécréter, puis s'atrophier.

C'est dans ces cas où l'injection iodée a des chances pour amener la guérison. Nous ne dirons rien de ce procédé, tour à tour appliqué avec enthousiasme (Boinet) et rejeté absolument (Scanzoni), qui a donné de beaux succès, contrebalancés par de nombreux revers ; ses résultats ne sont pas propres à la voie que l'on a choisie pour l'ouverture du kyste.

Ponction suivie du maintien de l'ouverture. — Si, après la ponction préliminaire, le kyste s'est reformé, s le contenu, trop visqueux, trop épais, n'a pu trouver une issue facile à travers l'aspirateur, si le chirurgien désire une cure radicale, et s'il se trouve en présence d'un kyste de petit volume, il peut songer à laisser l'ouverture béante, afin de permettre au liquide de se vider d'une façon continue. Les préparatifs pour l'opération sont ceux qui viennent d'être décrits. Il est beau de se servir d'un long trocart courbe, comme le fait Kiwisch ; à la canule est fixé un tube à drainage en caoutchouc, qui permet l'écoulement du liquide au dehors. Pour élargir l'ouverture, on glisse une longue sonde cannelée, dont la courbure, correspond exactement à celle de la canule, aussi loin qu'elle peut aller dans le kyste. Dans la canule de ce conducteur, on glisse un loug bistouri boutonné, et on incise assez largement pour permettre au doigt de pénétrer dans la cavité du kyste, et de se rendre compte de l'état de sa surface interne. Le doigt sert de guide à un long tube qu'on laisse à demeure dans le kyste, et qui est fixé par un bandage en

T, en avant du pubis. R. Barnes adapte ce premier tube à un autre très-flexible, et qui plonge dans un vase contenant assez d'eau pour que son ouverture libre y soit constamment baignée, afin que l'air ne puisse pas être attiré dans la cavité kystique.

Deux ou trois jours après l'opération, se produisent des symptômes d'inflammation et une vive réaction; il s'écoule un liquide ichoreux, et la région pelvienne est fort douloureuse. Dans les cas favorables, dit Kiwisch, ces symptômes ont été suivis par une sécrétion purulente, qui cessa dans l'espace de cinq à six semaines, et à laquelle succéda un ratatinement et une oblitération complète du kyste; tant qu'il y existe un peu d'écoulement, il est utile de faire dans le kyste deux injections par jour avec de l'eau tiède. Nœggerath s'est servi d'une solution d'acide phénique, e Langenbeck a employé une solution de nitrate d'argent (1 gramme pour une once d'eau).

« La ponction suivie du drainage, dit West, est moins hasardeuse que la ponction simple ; le drainage doit être complet, afin que le liquide ne puisse pas se réaccumuler dans le kyste, la cavité doit rester ouverte jusqu'à ce que les parois du kyste s'affaissent et se soudent l'une à l'autre, de sorte que la cavité soit complètement oblitérée. »

R. Barnes est disposé à admettre ces conclusions : « En supposant, dit-il, que les seuls cas justiciables de la ponction vaginale soient ceux dans lesquels on a toute raison de croire que le kyste est simple, je commencerais par la ponction simple ; et si le kyste se reformait, je ferais une seconde ponction, suivie de drainage. »

Procédé de Nœggerath. — Nœggerath chloroformise la malade et la place dans la position de la taille. Après avoir déprimé autant que possible la paroi postérieure du vagin,

et appliqué l'utérus en avant au moyen d'une sonde, il attire à lui avec un ténaculum le fond du vagin et l'incise d'avant en arrière. Il agrandit graduellement l'incision, jusqu'à ce qu'elle ait environ la longueur d'un pouce. Entre les lèvres de la plaie, il reconnaît le kyste à sa couleur blanchâtre, à ses parois sillonnées de petits vaisseaux, et il y plonge l'extrémité d'un trocart. Dès que le kyste est revenu sur lui-même, il conduit dans son intérieur à l'aide de la canule une longue paire de ciseaux dont les pointes portent deux petits crochets à leur parties externes. En ouvrant ces ciseaux, il accroche les parois de la tumeur, peut alors les attirer à lui et les mettre en contact avec celles du vagin. Il donne à l'incision du kyste la même étendue qu'à celle du vagin, et il réunit deux à deux par six points de suture les lèvres de chaque ouverture.

Le procédé de Nœggerath nous parait trop audacieux, trop difficile dans son exécution et d'une utilité trop douteuse pour que nous puissions nous permettre de le recommander.

Procédé de Hegar. — Ce procédé est à la voie vaginale ce que celui de Récamier est à la voie abdominale. Le professeur de l'Université de Fribourg a cherché à l'aide des caustiques à établir des adhérences entre les parois du kyste et celle du vagin. Nous n'oserions suivre un pareil exemple; car l'ovariocentèse vaginale n'est pas une opération tellement favorable qu'il faille y avoir quand même recours. Si le kyste n'est pas naturellement adhérent au vagin, il est plus sage de renoncer à son ouverture par ce canal, que de s'exposer à amener par la présence d'un caustique, dont il pourrait être difficile de limiter les effets,

des complications plus sérieuses que l'affection à laquelle on aurait voulu remédier.

Incision dans les cas de kystes dermoïdes.— L'incision seule peut être pratiquée dans les kystes dermoïdes.

Huguier s'est exprimé ainsi dans la séance de l'Académie de médecine, dont nous avons déjà parlé : « Trois fois, j'ai ouvert par le vagin des kystes ovariques pilifères. La première fois, c'était en 1846, à l'hôpital de Lourcine ; une simple ponction fut d'abord pratiquée ; le trajet du trocart ne se cicatrisa pas. Quatre jours après, cette espèce de fistule était bouchée par des cheveux. Je l'agrandis en faisant un débridement de 2 centimètres ; et immédiatement, il sortit par cette ouverture des fausses membranes altérées, décomposées et cette mèche de cheveux. Je fis quelques injections détersives. Trois mois après, la malade était entièrement guérie. »

Dans les deux autres cas, Huguier eut le même succès. Aussi a-t-il proclamé que « l'incision doit être conservée, sinon comme méthode générale, du moins comme méthode exceptionnelle. »

Peaslee et Simon Thomas se rangent complètement à l'avis du chirurgien français.

Nous conseillerons le procédé opératoire de Scanzoni, avec cette remarque que l'on ne devra pas craindre de faire une large incision, moins pour favoriser l'écoulement actuel du liquide que pour assurer celui de la sanie qui peut, dans les grands kystes, durer des semaines et des mois.

Si le kyste s'est ouvert de lui-même au fond du vagin, derrière l'utérus, comme dans l'observation de Gibson par exemple, le rôle du chirurgien devra consister simple-

ment à agrandir l'ouverture fistulaire pour remédier au danger de la rétention du pus.

Dans tous les cas, on retirera avec une pince les corps étrangers soit dents, soit cheveux, que la tumeur renferme, et l'on irriguera ensuite sa cavité avec une solution faible de permanganate de potasse ou d'acide phénique. On pourra tenter les injections iodées concentrées qui ont parfois fait cesser la sécrétion et amener le rétrécissement du kyste. Peut-être même les cautérisations légères à la surface interne du kyste en modifieront-elles favorablement la vitalité. Enfin, on se rappellera que M. Bernutz s'est servi avec avantage des injections éthérées pour dissoudre la matière grasse contenue dans la poche de la tumeur.

Des complications opératoires. — L'accident que la plupart des auteurs se sont plus à considérer comme le plus fréquent, est la blessure, par l'instrument employé, d'un des organes de la cavité pelvienne. Les observations que nous avons réunies ne nous permettent pas d'accepter cette conclusion. Deux fois seulement nous avons trouvé que la vessie avait été traversée de part en part, et cela lors des premiers essais de l'ovariocentèse vaginale et dans la pratique de chirurgiens, dont Vermandois et Me Boivin ne citent même par les noms. D'ailleurs, une étude des rapports des organes faite attentivement avant l'opération et la précaution de ne pas ponctionner une tumeur située en avant de l'utérus peuvent mettre à l'abri de cet accident.

Mais le vrai danger se trouve dans l'inflammation du kyste attribuée par la plupart des auteurs à l'entrée de l'air, et dans la propagation de cette inflammation à la séreuse péritonéale. C'est là la cause capitale de la morta-

lité ; c'est elle qui enlève la moitié des opérées. C'est vers elle que doit se tourner toute l'attention des chirurgiens. « Le traitement antiphlogistique le plus énergique, dit West, est seul capable de la subjuguer.... Si elle est trop redoutable et si elle résiste au traitement, il faut retirer le tube, ajourner la guérison et s'occuper avant tout de sauver la vie de la malade. »

Une fois ce premier orage passé, on a beaucoup moins à craindre les symptômes de la fièvre hectique et de la pyohémie que si la ponction avait été faite à travers les parois abdominales. Comme ces accidents ne sont pas propres au mode de traitement, on n'aura pour les éviter, qu'à se guider sur l'histoire de la ponction abdominale.

L'hémorrhagie est également très-rare. Survenue une fois dans la pratique du D[r] Schetter, une autre fois dans celle de Nœggerath, elle est aussi mentionnée par Krassowski (1) qui s'en est rendu maître en pratiquant le tamponnement à l'aide d'une grosse sonde en gomme élastiques de calibre supérieur à celui de la canule de l'instrument, et en maintenant cette compression pendant trente-six heures.

Un inconvénient, plutôt qu'une réelle complication, est le déplacement de la canule sous l'influence des mouvements de la malade. On ne saura pourtant pas prendre trop de précautions pour la maintenir en place; car après sa sortie, on court le risque de ne pouvoir plus la replacer et de pénétrer dans le péritoine en faisant des tentatives pour l'introduire de nouveau (Obs. de Michon).

Contrairement à ce qu'on pourrait supposer, les fistules permanentes sont excessivement rares ; nous n'en avons trouvé qu'un seul cas que signalent Kiwisch et Scanzoni.

(1) In L. Gallez, Histoire des kystes de l'ovaire.

Nous croyons qu'il est facile d'éviter le danger que M. le professeur Cazeaux redoute le plus et dont il a exagéré la fréquence à savoir l'épanchement du liquide dans le péritoine et le tissu cellulaire périutérin. Il suffit de s'attacher à ne traiter par la voie vaginale que les kystes qui adhèrent fortement à la paroi du vagin.

CHAPITRE IV.

DE L'OVARIOCENTÈSE ABDOMINO-VAGINALE.

D'après la méthode que nous venons d'étudier, le chirurgien ponctionne le kyste de l'ovaire en allant du vagin vers le kyste ; d'après celle que nous allons présenter, il le ponctionne en allant du kyste vers le vagin.

Cette méthode opératoire est due à Récamier. « Pénétré des avantages de la ponction vaginale et sachant par expérience combien quelquefois il est difficile de rencontrer le kyste par la méthode ordinaire, cet illustre praticien a conçu l'idée de faire préalablement, par l'abdomen, une ponction par laquelle introduisant dans l'intérieur du kyste un long trocart courbe, il arrive avec cet instrument dans la partie la plus déclive de la tumeur; puis, au moyen de la canule dans laquelle il a retiré la pointe du mandrin, il cherche à la faire pénétrer dans le cul-de-sac utéro-rectal. Au moyen de deux doigts introduits dans le vagin, il constate que la canule fait bien saillie au fond de ce cul-de-sac et qu'il n'existe aucun organe important interposé. Il confie alors la canule à un aide, qui la maintient en place pendant que le chirurgien, réintroduisant le trocart dans l'intérieur de cette canule, vient, par un

mouvement brusque, faire saillir la pointe derrière le col utérin dans l'espace que les deux doigts introduits dans le vagin et écartés l'un de l'autre, laissent libre dans leur intervalle. On adapte alors à la pointe soit une seconde canule, soit une sonde en gomme élastique que l'on ramène dans l'intérieur du kyste, et par laquelle se termine l'éva cuation du liquide (1).

Le premier essai que Récamier a fait de sa méthode est peu encourageant. En voici le détail : Une femme nommée Vincent, âgée de 26 ans, entra à l'Hôtel-Dieu le 3 juillet 1838. Elle portait une hydropisie enkystée de l'ovaire qui distendait considérablement le ventre. La fluctuation évidente au-dessus des pubis ne pouvait être reconnue ni par le vagin ni par le rectum. Récamier enfonça un trocart courbe, long de 18 pouces au travers des parois du ventre, de manière à traverser la partie moyenne de la tumeur et évacua les quatre cinquièmes de liquide. Ensuite, retirant la lame de l'instrument dans la canule, il dirigea l'extrémité de celle-ci dans le cul-de-sac recto-vaginal. Alors reconnaissant qu'il n'y avait pas d'organe interposé entre elle et le doigt placé dans le vagin, il poussa la pointe du trocart et traversa la paroi postérieure de ce conduit. Une seconde canule fut adaptée à la première, de manière à former un quart de cercle; une sonde en gomme élastique fut bientôt substituée à celle-ci par l'orifice vaginal du kyste. On retira neuf litres de sérosité incolore et on appliqua un bandage de corps. Mais, cinq jours après, une péritonite grave se développa. A cet accident se joignirent une hémorrhagie intestinale, une angine pseudo-membraneuse, puis une pneumonie et la malade suc-

(1) Maisonneuve, loc. cit.

comba le 1er septembre, c'est-à-dire vingt jours après l'opération.

A l'autopsie, on constata que le kyste était adhérent à la vessie et aux différents viscères environnants. Sa cavité était remplie de gaz fétides et d'une assez grande quantité de bouillie purulente.

Sims dit avoir employé une fois ce procédé et il n'a pas été plus heureux que Récamier.

Nous avons trop peu de faits pour nous permettre de porter un jugement sur ce mode de traitement des kystes de l'ovaire. Nous dirons cependant que nous n'en voyons nullement l'utilité : d'une exécution difficile il présente toutes les conditions favorables pour faciliter le passage des gaz et des liquides fétides dans l'abdomen. D'ailleurs pourquoi vouloir faire absolument l'ovariocentèse vaginale, si l'ovariocentèse vaginale n'est pas indiquée?

Nous comprenons plus facilement l'idée qu'ont eue certains chirurgiens de donner issue par le vagin au contenu d'une cavité kystique lorsque celle-ci, mise accidentellement ou volontairement en rapport avec l'air extérieur par une ouverture abdominale, renfermait des matières à écoulement difficile ou retenait des liquides septiques.

Aussi nous nous rangerons à l'avis du Dr Grognot (1) qui nous dit : « Quand un kyste s'est ouvert par l'abdomen, si l'ouverture qui permet au liquide de s'écouler au dehors est insuffisante, il faudra, si c'est possible, enfoncer un trocart par cette ouverture et faire communiquer la poche kystique avec le vagin. »

A l'appui de cette opinion, on peut citer l'essai tenté par M. le Dr Bernutz (2) d'établir une communication entre le

(1) Thèse inaug., Paris, 1878.
(2) Ann. de gyn., 1876.

vagin et un kyste pileux qui s'était ouvert par l'abdomen et qui s'était terminé par une fistule. Ce savant gynécologiste espérait faciliter l'écoulement des matières épaisses contenues dans le kyste ; et son espoir ne fut point déçu : au moyen d'injections d'éther faites avec une seringue introduite par l'orifice extérieur de la fistule, la matière grasse fut facilement dissoute.

Après les grandes opérations d'ovariotomie, il arrive parfois qu'un suintement purulent se fait dans la plaie, que la plaie se ferme, que des signes révèlent la présence d'un abcès. Dans ce cas, il faut s'empresser de pratiquer une ouverture pour évacuer le pus. Or, chez une malade où les accidents semblaient mortels, M. Leith (d'Edimbourg) fit, le seizième jour après l'opération, la ponction vaginale dans le cul-de-sac utéro-rectal, conseillée par Spencer-Wells et donna issue à une suppuration fétide : sa malade guérit.

M. Péan a conseillé un procédé analogue : « Il fait dans la région inguinale, au-dessus du ligament de Fallope, une incision petite, mais complète des parois abdominales. Il introduit par cette incision un trocart courbe, avec lequel il traverse de haut en bas et de l'intérieur à l'extérieur le plancher du bassin, au niveau du cul-de-sac postérieur du vagin, et qu'il fait ressortir par la vulve. Il passe par la canule un drain dont une des extrémités sort par la vulve et l'autre par l'incision inguinale. La canule étant retirée, et le drain laissé en place, le trocart est replongé de la même manière et traverse de nouveau le plancher du bassin, à une petite distance de la première ponction ; l'extrémité inguinale du drain est engagée dans le pavillon de la canule que l'on retire par le vagin, de telle sorte que le tube élastique forme une anse dans la portion la plus déclive du bassin, tandis que ses

extrémités pendent par la vulve, et conduisent au dehors les liquides formés dans le bassin » (1).

CHAPITRE V.

DE L'OVARIOTOMIE VAGINALE.

Opération plus curieuse que vraiment utile, l'ovariotomie vaginale est née en Amérique et n'a jamais été pratiquée ailleurs qu'aux Etats-Unis. Nous avons cru devoir la signaler, parce qu'elle a produit quelques bons effets et qu'elle est appuyée par les noms de quelques chirurgiens dont s'honore la science.

Le créateur de l'ovariotomie vaginale est Gallard Thomas qui la pratiqua pour la première fois en 1870. L'observation tout entière est publiée dans l'*Americam Journal of medical sciences* et est même accompagnée de l'examen des motifs qui ont dicté la conduite de son auteur.

Mlle S..., multipare, très-nerveuse, avait longtemps souffert d'une rétroflexion de l'utérus. Elle avait été traitée avec succès par le Dr Brown, et, depuis trois ans, n'avait plus présenté aucun symptôme de son affection. Il y a quatre mois, sentant un retour des symptômes de compression du rectum, elle envoya chercher son médecin. Brown l'examina et reconnut un kyste mobile derrière l'utérus, occupant complètement l'espace de Douglas. Il présentait les dimensions d'une orange ; indolore à la pression, il pouvait facilement être porté hors de la cavité pelvienne.

Diagnostic : Kyste de l'ovaire.

Sur l'avis du Dr Brown, Nœggerath fut appelé en consultation. Son diagnostic fut le mien; et il fut établi que le kyste était probablement multiloculaire.

(1) In Sédillot, Traité de méd. opér.

Pour le traitement, trois projets furent proposés :

1° On permettrait au kyste de se développer, pour ne l'opérer qu'après quelques années, alors que la malade serait assez forte.

2° Ponction par le vagin,

3° Opération de l'ovariotomie à travers la paroi vaginale de la même façon que lorsqu'on opère à travers les parois abdominales.

Cette dernière proposition, faite par moi, fut immédiatement discutée.

1° J'étais satisfait de ce que le kyste étant mobile, on pourrait se réserver à travers la paroi vaginale un espace suffisant pour l'attirer au-dehors.

2° Je préférais ce procédé à la simple ponction, parce que le drainage entraîne l'épuisement de la malade et qu'il s'oppose à une ovariotomie vaginale ultérieure. En outre, je ne regardais pas comme un grand danger l'incision vaginale, alors que le kyste ne pourrait être enlevé. Il m'aurait toujours été permis de ponctionner le kyste, de l'inciser et de suturer l'incision avec des fils d'argent.

3° J'insistai pour l'opération vaginale, plutôt que pour l'attente du développement complet de la tumeur, à cause de l'état nerveux de la malade qui, informée de son état, ne mangeait plus, dormait mal et dépérissait à vue d'œil.

Il fut décidé que l'opération se ferait dans une quinzaine de jours.

Le Dr Brown prépara la malade à l'opération par un purgatif et un régime lacté de quarante-huit heures.

Opération, 6 février 1870, en présence des docteurs Peaslee, Brown, Purdy, Smith et Sproath.

L'anesthésie par l'éther fut pratiquée par le Dr Purdy. La malade fut placée sur les genoux et les coudes (à quatre pattes), et maintenue sur l'appareil du Dr Bozemann. Non-seulement cet appareil maintient la malade dans cette situation, mais encore rend la position tenable pendant fort longtemps et permet l'administration des agents anesthésiques.

Pour prévenir le passage du rectum par l'incision, une bougie y fut conduite dans une hauteur de cinq pouces. Introduisant alors le spéculum de Sims, soutenant le périnée et la paroi postérieure du vagin, je saisis le cul-de-sac du vagin à moitié route entre le col et le rectum avec un tenaculum ; je l'abaissai le plus possible

et avec une paire de longs ciseaux dont une branche fut placée contre le rectum et l'autre contre le col, je coupai jusqu'au péritoine d'un seul coup.

Le premier temps accompli, je procédai au deuxième. Je plaçai la malade dans le décubitus dorsal. Mon doigt, introduit dans l'incision, sentit la tumeur qui était tombée dans la cavité pelvienne, et j'enfonçai un tenaculum dans sa paroi. Avec un grand trocart, je ponctionnai l'un après l'autre trois kystes qui donnèrent issue à 6 ou 8 onces d'un liquide semblable à de la bile vomie. Tirant alors sur le kyste, il passa sans difficulté dans le vagin.

Au troisième temps, la position fut changée de nouveau. La malade fut placée dans la position de Sims, sur le côté gauche. Après avoir introduit un spéculum, je passai à travers le pédicule de la tumeur au point où elle faisait saillie dans la cavité vaginale une aiguille armée d'un double fil à ligature; je liai chaque moitié du tissu pénétré et je coupai le kyste en dehors de la ligature. Le cul-de-sac de Douglas fut épongé ; le pédicule replacé dans la cavité abdominale ; l'incision fermée par une suture et la malade couchée dans son lit. L'opération avait duré trente-cinq minutes et n'avait présenté d'autre difficulté que celle insignifiante d'aller lier le pédicule à une certaine distance dans le vagin.

Après l'opération, je prescrivis de l'opium, des aliments liquides et j'exigeai le décubitus dorsal.

Le seul accident qu'éprouva la malade fut constitué par des nausées, suite de l'anesthésie.

Dix jours après, Mlle S... se levait et terminait une légère paramétrite. Elle resta ensuite deux années bien portante. comme le put constater Peaslee (1).

Gallard Thomas ajoute au fait les considérations suivantes : Je ne crois pas que le cadre de ce genre d'opération puisse jamais être bien étendu; mais je pense que dans les cas de kystes flottants de petit volume, il peut offrir des ressources précieuses, en permettant d'éviter à la malade des années de souffrances morales qui accompagnent

(1) Trad. par le Dr Sabatié, méd. stag. au Val-de-Grâc.

le progrès de l'affection ou en écartant la nécessité de l'ovariotomie abdominale , si féconde en dangers et en imprévus. De plus, l'ovariotomie vaginale peut toujours dans les cas même où la ligature du kyste viendrait à ne pas réussir, laisser à la malade toutes les probabilités de guérison. J'insisterai auprès de tous ceux qui voudraient l'essayer, pour qu'ils ne s'en rapportent pas à leurs connaissances d'anatomie, mais pour qu'ils répètent sur le cadavre le premier temps de l'opération avant de le tenter sur la malade. Il y a souvent un espace considérable entre la paroi supérieure du vagin et le feuillet inférieur du péritoine, et habituellement on est obligé de donner deux coups de ciseaux pour pénétrer dans la cavité abdominale. Le premier ouvre le vagin ; par cette ouverture on peut passer un ténaculum, attirer en bas le péritoine et l'inciser. Chez les femmes dont le vagin a peu d'épaisseur, si le fond est bien attiré en bas par le ténaculum, un seul coup suffira souvent pour ouvrir le péritoine.

Avant d'opérer la malade, dont le cas est rapporté ici, j'ai fait une tentative sur le cadavre, n'ayant pas confiance en mon habileté pour ouvrir le péritoine avec certitude. La difficulté que je rencontrai dans ma tentative me conduisit à préciser le manuel opératoire. J'essayai sur sept cadavres, avant de me sentir disposé à pratiquer l'opération sur le vivant.

Une fois passé la difficulté qui s'attache au premier temps de cette opération, on peut presque avec certitude éviter toutes les causes de dangers. »

— La seconde opération est due au Dr Davis; elle a été dirigée, comme on va le voir, contre une tumeur d'un volume assez considérable.

La malade était une femme de 29 ans, multipare ; elle se croyait

enceinte de 7 mois et demi et vingt-quatre heures avant l'arrivée du médecin, elle avait ressenti des douleurs qui simulaient celles du travail. Au toucher vaginal, on trouva la cavité du vagin presque remplie par une masse solide située en arrière dans le cul-de-sac de Douglas.

Le col utérin était au-dessus de la symphyse, refoulé par la tumeur contre le paroi abdominale : on n'y arrivait qu'en glissant le doigt entre le pubis et la tumeur.

Dans l'abdomen, on sentait deux tumeurs ; l'une à gauche, constituant celle du bassin et s'étendant de quelques pouces au-dessus de l'ombilic, molle et fluctuante ; l'autre à droite, plus résistante, plus saillante, pyriforme, sur laquelle on constate nettement plusieurs fois des mouvements du fœtus.

Le diagnostic fut porté : Grossesse compliquée de tumeur ovarienne, kyste multiloculaire probablement.

Les douleurs cédèrent à la morphine, et la malade put arriver au terme de sa grossesse, en ne se plaignant que d'une sensation de pesanteur.

Six semaines après, elle était en travail, la tumeur pelvienne avait augmenté et le col utérin était encore plus difficile à sentir. La malade, placée sur les coudes et les genoux, on tenta vainement de repousser la tumeur, pour permettre à l'utérus de s'abaisser. La tumeur fut alors ponctionnée par le vagin avec un long trocart courbe ; elle s'affaissa ; l'utérus put s'abaisser et la femme accoucha facilement d'un enfant mort.

Cinq semaines après, la tumeur avait repris son volume et remontait au-dessus de l'ombilic, donnant au ventre le même volume qu'au septième mois d'une grossesse. L'utérus était toujours très-élevé, et son fond pouvait être déjeté sur les côtés de la ligne médiane : douleurs analogues à celles du travail quand la femme marchait ou se tenait debout.

La malade demandant à être opérée, le chirurgien s'y décida pour les raisons suivantes :

1° La tumeur très-abaissée présentait une surface suffisante pour une incision de quatre ou cinq pouces sur la paroi postérieure du vagin, sans qu'on eût à craindre la blessure d'aucun organe ;

2° Le kyste était uniloculaire comme la ponction l'avait démontré ;

3° L'utérus était au-dessus de la symphyse, derrière la ligne

blanche, au point d'élection pour l'ovariotomie ordinaire, ce qu pouvait compliquer l'opération en cas d'adhérences ;

4° Dans le cas où l'incision vaginale n'eût pas permis l'extirpation, on pouvait encore recourir à l'ovariotomie abdominale, opération plutôt favorisée qu'aggravée par l'autre qui permettait le drainage vaginal, élément important aux yeux de beaucoup d'observateurs ;

5° Le chirurgien comptait sur l'absence d'adhérences ; mais il devait être désappointé ;

6° Cette opération avait été pratiquée avec succès par le Dr G. Thomas, de New-York, pour une petite tumeur, il est vrai. — En un mot, Davis croyait cette opération moins dangereuse que l'ovariotomie abdominale.

La malade fut éthérisée ; deux spéculums de Sims furent tenus l'un en avant, l'autre en arrière, découvrant ainsi la paroi postérieure du vagin repoussée par la tumeur. Un tenaculum attira cette paroi qui fut abaissée, puis incisée dans l'étendue de quatre pouces. Une fois l'écoulement sanguin arrêté, on disséqua attentivement et l'on divisa le péritoine sur un conducteur recourbé. On vit alors la paroi du kyste. A ce moment, on reconnut des adhérences qui furent détruites avec le doigt d'abord ; mais, comme elles s'étendaient bien au delà, le chirurgien fit retirer les spéculums et introduisit sa main par l'incision, jusqu'à deux pouces au-dessus de l'ombilic, décollant ainsi la tumeur d'avec le péritoine en avant, puis en arrière. Ceci fait, les spéculums replacés, le kyste tenu par un tenaculum, on ponctionna la poche qui presque sans traction s'engagea dans le vagin.

Le pédicule était long : on y plaça une double ligature ; la base d'implantation fut repoussée dans la cavité abdominale et maintenue à la partie supérieure de l'incision. On épongea avec soin le cul-de-sac de Douglas, puis on mit deux points de suture en haut ; la partie inférieure de l'incision fut laissée libre pour les tubes à drainage.

La malade souffrit moins du choc traumatique que dans aucun des cas observés jusqu'alors par l'opérateur : elle n'eut jamais plus de 100 pulsations, sauf le premier soir.

Quatre semaines plus tard, la guérison était complète.

En faveur du drainage, M. Davis invoque l'écoulement abondant et fétide qui se fit pendant quatre jours par le vagin, et qui,

retenu dans le ventre, eût occasionné une péritonite. La tumeur, avec le liquide, pesait 9 livres. Le liquide de la première ponction était clair, limpide, peu albumineux. Lors de l'opération, il était trouble, coloré, visqueux, et contenait de l'albumine.

L'auteur, trouvant sa conduite mieux justifiée que celle du premier opérateur qui avait affaire à une tumeur petite et bien tolérée, n'hésite pas à déclarer qu'il agira comme il l'a fait s'il se trouve de nouveau en présence d'un cas semblable.

Nous emprutons à Olshausen le résumé des autres opérations.

Clifton Wing a dû agir dans des circonstances plus défavorables que celles où se sont trouvés placés ses prédécesseurs. Sa malade, souffrante depuis de longues années, avait une santé profondément altérée. Elle portait une tumeur rétro-utérine sur la nature de laquelle on resta dans le doute, même après deux ponctions qui n'avaient donné que du sang. Était-ce une hématocèle? Était-ce un kyste ovarique? Après l'incision de la voûte vaginale dans le spéculum de Sims et la ponction de la tumeur, on reconnaît un kyste de l'ovaire. On l'enleva, malgré l'absence du pédicule, sans poser de ligature. Il n'y eut pas d'hémorrhagie; mais les anses intestinales vinrent faire hernie dans la plaie. On les réduisit, on sutura, on pratiqua le drainage avec une sonde. Après une suppuration d'abord fétide, ensuite de bon aspect, la malade guérit presque sans avoir présenté de fièvre.

Gilmore à fait la même opération; mais pour une petite tumeur de la grosseur d'une orange.

R. Battey a pratiqué neuf fois l'ovariatomie vaginale sur huit malades : cinq fois, il enleva les deux ovaires en une séance; trois fois, à chaque séance, il enleva un ovaire. Une fois, il fut obligé de répéter plus tard l'opération chez une malade. Deux des malades moururent après l'ovaria-

tomie double. Dans aucun cas, les ovaires ne formaient encore de tumeur perceptible au palper abdominal.

Le procédé qu'emploie R. Battey peut se résumer de la façon suivante : Il place la malade sur le côté (position anglaise), introduit dans le vagin un spéculum en gouttière, attire l'utérus jusqu'à la « rima vulvœ », et incise avec des ciseaux sur la ligne médiane la voûte vaginale, dans une étendue de un à deux centimètres de longueur, à partir immédiatement du col de l'utérus. S'il y a exceptionnellement une hémorrhagie, il la combat par des injections d'eau glacée ou la torsion des vaisseaux, et cela avant d'ouvrir la cavité péritonéale. Incisant ensuite le péritoine, il pénètre avec le doigt dans le cul-de-sac rétro-utérin, tandis qu'un aide presse de haut en bas les organes abdominaux. Battey saisit, à l'aide d'une pince et successivement, chacun des ovaires, y place un fil à ligature et les enlève avec l'écraseur. De cette façon, il n'a besoin de poser aucune ligature en vue de l'hémorrhagie. Il termine par la toilette du vagin.

Battey trouva dans deux cas les ovaires tellement entourés d'adhérences qu'il fut très-difficile de les reconnaître. Une fois, entre autres, il n'arriva à distinguer l'ovaire que par le broiement partiel de l'organe et la structure de son tissu. Dans un autre cas, il saisit et amena avec l'ovaire une anse intestinale.

Toutes ces observations portent avec elles l'indication des nombreux accidents qu'entraîne l'ovariatomie vaginale. Tantôt c'est le rectum, tantôt ce sont les anses intestinales qui sont lésés ; tantôt c'est l'ouverture des vaisseaux qui amène une hémorrhagie difficile à arrêter ; tantôt ce sont les adhérences qui emprisonnent l'ovaire ; tantôt c'est le pédicule qui manque. Et de plus, combien doit être gêné le chirurgien pour se livrer à une manœuvre si

délicate? Combien doit être difficile l'application du traitement antiseptique? Ni ce fait, que l'on incise le péritoine dans une portion de son étendue moins sujette à l'inflammation, ni l'espoir de saisir plus facilement par en bas une tumeur de petit volume située dans la cavité pelvienne ne peuvent servir de prétexte à cette opération.

Rangeons-nous donc, comme Olhsausen, à l'avis du Dr Peaslee; et déclarons l'opération généralement non-justifiée. Quelle soit complètement à rejeter, nous dit ce chirurgien, je ne le crois pas. Si une tumeur petite se trouve derrière l'utérus, si elle est évidemment contiguë à la voûte vaginale, si elle a une grande mobilité, si les rapports répondent à ceux que nous avons vus dans le premier cas de l'opération, alors, mais alors seulement, on peut peut-être choisir cette méthode.

Signalons enfin, pour terminer, le procédé du Dr Hegar, qui ouvre le vagin et le cul-de-sac postérieur péritonéal, relève la tumeur du petit bassin jusqu'à la paroi abdominale et la fixe dans un point où il peut l'inciser par l'abdomen.

Bibliographie. — T. G. Thomas. Amer. Jour. of Med. Scienc., avril 1870. — Peaslee, id., p. 319. — Davis, Trans. of the Med. Soc. of. Pensylvania, 1874, p. 221. — Gilmore, New-Orléans med. and surg. Jour., nov. 1873. — Clifton-Wing. Vaginal ovariotomy, in Boston Méd. and surg. Jour., nov. 2, 1876, p. 516. — Munde, Amer. Jour. of obstr., avril, 1876. — G. Thomas, Amer. Jour of obstr., oct. 1876, p. 688. — R. Battey, Jour. of the amer. Gyn. sc., 1877, p. 101.

Nous renvoyons pour la discussion de l'ovariotomie vaginale au rapport du Congrès des gynécologistes américains à Boston (1877), qui doit être publié prochainement.

STATISTIQUES

Hippolyte Bourdon. — 16 guérisons. — 4 morts. — 2 récidives.

E. Nœggerath. — 55 opérations. — 34 succès. — 3 récidives. — 4 inconnus. — 14 morts. — Morts 25/100.

Les cas de mort peuvent être ainsi divisés :

5 sont consécutifs à l'opération : 1 hémorrhagie. — 4 péritonites.

7 septicémies et péritonites secondaires.

1 fièvre typhoïde.

1 péritonite indépendante de l'opération.

Quant aux 112 cas (sans compter les quelques observations de kystes dermoïdes et le cas d'ovariocentèse abdomino-vaginale de Récamier, qui a été suivi de mort), quant aux 112 cas que nous avons réunis, nous les répartirons de la façon suivante :

77 guérisons.
8 récidives.
4 Résultats non constatés.
1 ouverture dans le rectum.

	7 Péritonite.
	6 Septicémie.
	2 Perforation de la vessie.
	2 ?
22 morts.	1 Hémorrhagie.
	1 Fièvre typhoïde.
	1 Tuberc. et masses hydatiques du kyste.
	1 Tuberculose miliaire.
	1 Fièvre irritative (?)

CONCLUSIONS

— On sera autorisé à traiter un kyste de l'ovaire par la voie vaginale :

1° S'il est inoculaire ;

2° S'il siége dans le petit bassin ;

3° S'il adhère à la paroi postérieure du vagin et y fait une forte saillie ;

4° S'il occasionne des troubles dans les fonctions du rectum, de la vessie et de l'utérus ;

5° S'il a subi la transformation purulente spontanée.

— De tous les procédés opératoires, la ponction suivie du maintien de l'ouverture (procédé Kiwisch et Scanzoni), avec injections désinfectantes, est celui qui compte le plus de succès.

La ponction simple, utile parfois dans les cas urgents, donne peu de résultats favorables.

La ponction avec injection iodée trouve les mêmes indications que dans le traitement par la voie abdominale.

L'incision avec suture des parois du kyste et du vagin (procédé Nœggerath) est un procédé trop audacieux, bien que l'auteur affirme trois guérisons sur quatre opérations de ce genre.

L'application des caustiques (procédé Hegar) est une méthode dangereuse et incertaine.

L'ovariocentèse abdomino-vaginale primitive (procédé de Récamier) ne peut qu'être la source d'accidents nombreux.

Le drainage secondaire par le vagin d'un kyste ouvert par l'abdomen et renfermant des produits septiques est une heureuse intervention qui facilite l'écoulement des matières putrides.

L'ovariotomie vaginale est absolument à rejeter.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

CALLISEN. — Systema chirurgiæ hodiernæ, t. II, p. 59, 1775.
SABATIER. — Médecine opér., t. II, p. 210.
Journal général de médecine, fév. 1813, t. XLVI, p. 230.
Gazette méd., 1835, p. 544.
Revue méd., 1838, p. 42.
TAVIGNOT. — In Jour. Expérience n. 160, 1840.
Gazette des hôpitaux, 1840, p. 432.
Hippolyte BOURDON. — Des tumeurs fluct. du petit bassin, in Revue méd., 1841.
HIRTZ. — Thèse inaug. Strasbourg, 1841.
Hufeland's Journ. fur prakt. Heilk. Déc. 1841, p. 81.
CAZEAUX. — Thèse d'agrégation, 1844.
MAISONNEUVE. — Des opér. applic. aux malad. de l'ovaire, 1850.
HUGUIER. — In Bulletin Académie de médecine, 1856.
SCANZONI. — Maladies des organes sexuels de la femme. Trad. fr. 1858.
NŒGGERATH. — American Journ. of obstetrics, 1869, passim.
LEGOUEST. — Médecine opératoire, 1870.
Presse médicale, Vienne, 1872, 20 octobre.
STILLING. — Clinique allemande, 1872, n. 41.
SPENCER WELLS. — Diseases of the ovaries, 1872.
Gazette hebdomadaire, 1873, p. 190.
GROS-FILLAY. — Thèse inaug. Paris, 1874.
Medico chirurg. Transactions, vol. 65, p. 487.
Archives générales, vol. 65, p. 432.
KIWISCH. — In Klinische Vortraege uber spec. Path. und Ther der Krankh des Weibl. Geschlechtes.
Pathol. Transac., vol. VI.
WEST. Traité des maladies des femmes. Trad. fr.
OLSHAUSEN. — In Krankheiten der Ovarien, in Pitha und Billroth : Handbuch der Allgem u. spect Chirurg.
Robert BARNES. — Traité clinique des maladies des femmes. Trad. fr.
BERNUTZ. — In Annales de gynécol., 1876.
L. GALLEZ. Histoire des kystes de l'ovaire.
L. LEFORT. — Traité de médecine opératoire, 1877.
GROGNOT. — Thèse inaug. Paris, 1878.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Des aponévroses.

Physiologie. — De la sécrétion de la bile et du rôle de ce liquide.

Physique. — Description des piles les plus usitées.

Chimie. — Théories sur la constitution chimique des els, solubilité des sels, action des sels les uns sur les autres, lois de Berthollet et de Wollaston, etc.

Histoire naturelle. — Des tiges, leur structure, leur direction, caractères qui distinguent les tiges de monocotylédonés de celles des dycotylédonés. Théorie sur leur accroissement.

Pathologie externe. — De l'astigmatisme.

Pathologie interne. — Des concrétions sanguines dans le système veineux.

Pathologie générale. — Des métastases.

Anatomie et histotologie pathologiques. — Des lésions des nerfs.

Médecine opératoire. — De la valeur des appareils inamovibles dans le traitement de la coxalgie.

Pharmacologie. — Des gargarismes et des collutoires; des collyres gazeux, liquides mous et solides; des injections, des inhalations, des lotions, des fomentations, des fumigations, eté.

Thérapeutique. — Des indications de la médication topique.

Hygiène. — De l'action de la lumière sur l'organisme.

Médecine légale. — Empoisonnement par le chloroforme et l'éther. Comment peut-on reconnaître la présence de ces anesthésiques dans le sang?

Accouchements. — Des paralysies symptomatiques de la grossesse.

Vu, bon à imprimer,
LEFORT, Président.

Permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris.
A. MOURIER.